СУЧАСНІ КЛАСИФІКАЦІЇ З ПРИКЛАДАМИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ НАЙПОШИРЕНІШИХ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

За загальною редакцією доктора медичних наук, професора,
академіка Національної академії наук вищої освіти України
АБРАГАМОВИЧА Ореста Остаповича



НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



Абрагамович Орест Остапович, д. мед. н., професор,
завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького,
академік Національної академії наук вищої освіти України,
заслужений професор Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького, заслужений лікар України



Процюк Раду Георгійович, д. мед. наук, професор,
професор кафедри фтизіатрії Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця,
академік Національної академії наук вищої освіти України, заслужений діяч
науки і техніки України



Абрагамович Мар'яна Орестівна, д. мед. н., професорка,
професорка кафедри сімейної медицини
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького



Абрагамович Уляна Орестівна, д. мед. н., доцентка,
доцентка кафедри внутрішньої медицини № 2
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького



Білоус Зоряна Олегівна, к. мед. н., доцентка,
доцентка кафедри внутрішньої медицини № 1
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького



Скакун Юрій Ярославович, IT-технолог

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Національна академія наук вищої освіти України

Сучасні класифікації з прикладами формулювання діагнозів найпоширеніших хвороб системи кровообігу

Навчальний посібник

За загальною редакцією

доктора медичних наук, професора,
академіка Національної академії наук вищої освіти України
Абрагамовича Ореста Остаповича

Видання третє, доповнене та перероблене

Львів – 2023

УДК 616.1/.4–07

Колектив авторів:
О. О. Абрагамович, Р. Г. Процюк, М. О. Абрагамович, У. О. Абрагамович, З. О. Білоус, Ю. Я. Скакун

Рецензенти:



Базилевич А. Я. – д. мед. н., проф., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;



Ягенський А. В. – д. мед. н., проф., професор кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, заслужений лікар України, керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології.

Дозволено Центральною методичною комісією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького як навчальний посібник для студентів старших курсів закладів вищої освіти IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, кардіологів, сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів.

Сучасні класифікації з прикладами формулювання діагнозів найпоширеніших хвороб системи кровообігу: навч. посіб. / за ред. Абрагамовича О. О. – Львів: Друкарня Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, 2023. – 321 с.

ISBN 966-7275-05-2

Наведено актуальні статистичну та клінічні класифікації найпоширеніших хвороб системи кровообігу, а також приклади діагнозів на всіх етапах надання допомоги хворим, які формулюються відповідно до сучасних вимог із використанням цих класифікацій.

Для студентів старших курсів закладів вищої освіти IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, кардіологів, сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів.

УДК 616./4–07

В 4108040000 Без оголошення
2023
ISBN 966-7275-05-2

© Абрагамович О.О. та ін., 2023

Зміст

Передмова …….. 4
Список умовних скорочень …..…….. 5
Вступ ……. 8
1. Класифікації хвороб системи кровообігу …….. 11
1.1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992 …… 11
1.2. Клінічна класифікація уражень внутрішніх органів …..…… 24
2. F.45.3 Нейроциркуляційна дистонія …….. 36
3. I05–I08, I34–I39 Набуті вади серця ……. 42
3.1. I05.0, I34.2 Мітральний стеноз …… 45
3.2. I05.1, I34.0 Недостатність мітрального клапана …… 53
3.3. I34.1 Пролапс мітрального клапана …… 63
3.4. I06.0, I35.0 Аортальний стеноз …… 64
3.5. I06.1, I35.1 Недостатність клапана аорти …… 72
4. I10–I15 Артеріальна гіпертензія ……. 75
4.1. I10–I13 Есенціальна артеріальна гіпертензія ……. 75
4.2. I15 Симптоматична артеріальна гіпертензія …….. 90
5. I20–I25 Ішемічна хвороба серця ……. 105
5.1. I46.0–I46.1 Раптова коронарна смерть …… 105
5.2. I20 Стенокардія ……. 108
5.3. I21–I23 Інфаркт міокарда …… 115
5.4. I25.2 Кардіосклероз …….. 137
5.5. I25.6 Безбольовий варіант ішемічної хвороби серця …… 140
6. I26 Легенева емболія …… 141
7. I27 Легенева гіпертензія …….. 149
8. I01, I30–I52 Некоронарогенні хвороби й ураження серця …… 155
8.1. I30–I32 Перикардит ……... 157
8.2. I33, I38–I39 Інфекційний ендокардит …… 163
8.3. I01.2, I40–I41 Міокардит …….. 169
8.4. I42–I43 Кардіоміопатія …… 179
9. I44–I49 Порушення ритму і провідности серця ……. 187
10. I50 Гостра серцева недостатність …… 208
11. I50 Хронічна серцева недостатність ……. 214
12. I51 Дистрофія міокарда ……. 226
13. I70 Атеросклероз …… 229
14. I71 Хвороби аорти …….. 237
15. I95 Артеріальна гіпотензія …… 241
16. Приклади діагнозів бі- та поліморбідних уражень органів системи кровообігу …… 246
Список літератури ……..... 275
Додаток І. Клінічні класифікації, що їх використано в посібнику ……. 281
Додаток ІІ. Епонімні симптоми, синдроми та хвороби, згадані в посібнику … 312

Передмова

Один із визначальних маркерів якості професійної діяльности лікаря – уміння сформулювати клінічний діагноз відповідно до сучасних вимог, які передбачають етіологічний і патогенетичний принцип його побудови, використання сучасних класифікацій хвороб на основі Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), а також актуальних клінічних класифікацій.

Очевидно, що коректно сформульований діагноз свідчить про належну кваліфікацію клініциста, який завершує діагностичний етап надання допомоги хворому, і є підставою для призначення адекватного комплексного лікування. Проте, починаючи від первинної ланки медичної служби і завершуючи високоспеціалізованими підрозділами університетських клінік, часто практикуються некоректні моделі його написання, зокрема, через відсутність уніфікованих прикладів формулювання, а також відповідних видань, які б сприяли розв'язанню цієї проблеми.

Це й є обґрунтуванням актуальности доповненого та переробленого другого видання (перше видання вийшло друком у 2005 р.) навчального посібника «Сучасні класифікації з прикладами формулювання діагнозів найпоширеніших хвороб системи кровообігу», підготовленого до друку колективом кафедр внутрішньої медицини № 1, № 2 та сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького й виданого за сприяння Львівського обласного благодійного фонду «Надії Нації» та керівництва Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

У навчальному посібнику подаються приклади написання варіантів діагнозів на всіх етапах надання допомоги хворим із особливим акцентом на вмінні формулювати власне клінічний і остаточний діагнози.

Сподіваємося, що посібник, який висвітлює класифікації найбільш поширених хвороб системи кровообігу, буде корисним не тільки для студентів старших курсів закладів вищої освіти IV рівня акредитації, лікарів-інтернів, але й кардіологів-практиків, сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів у їхній повсякденній праці.

Будемо вдячні за всі критичні зауваження і побажання.

проф. Орест АБРАГАМОВИЧ

Список умовних скорочень

АВ – атріовентрикулярний
АГ – артеріальна гіпертензія
АКМП – аритмогенна кардіоміопатія
АКШ – аортокоронарне шунтування
АлТ– аланінамінотрансфераза
АС – аортальний стеноз
АсТ – аспартатамінотрансфераза
АТ – артеріальний тиск
БА – бронхіальна астма
ВЕМ – велоергометрія
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ВНС – вегетативна нервова система
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВС – вінцевий синус
ГКМП – гіпертрофійна кардіоміопатія
ГКС – гострий коронарний синдром
ГЛШ – гіпертрофія лівого шлуночка
ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу
ГСН – гостра серцева недостатність
ГТГЕ – гіпертригліцеридемія
ГТТ – градієнт транспульмонального тиску
ГХ – гіпертонічна хвороба
ГХСЕ – гіперхолестеролемія
ДАТ – діастолічний артеріальний тиск
ДВЗ – дисеміноване внутрішньосудинне згортання
ДКМП – дилятаційна кардіоміопатія
ДН – дихальна недостатність
ДФН – дозоване фізичне навантаження
ЕКГ – електрокардіографія
ЕКС – електрокардіостимуляція
ЕМБ – ендоміокардіальна біопсія
ЕхоКГ – ехокардіографія
ЗХС – загальний холестерол
ІЕ – інфекційний ендокардит
ІЕПК – інфекційний ендокардит протезованих клапанів
ІМ – інфаркт міокарда
ІММЛШ – індекс маси міокарда лівого шлуночка
ІХС – ішемічна хвороба серця
Ж – жінки
ЖКХ – жовчнокам'яна хвороба
КА – клапан аорти
КВГ – коронаровентрикулографія
КДД – кінцеводіастолічний діаметр
КДР – кінцеводіастолічний розмір
КМП – кардіоміопатія
КСД – кінцевосистолічний діаметр
КТ – комп'ютерна томографія
ЛА – легенева артерія
ЛАГ – легенева артеріальна гіпертензія
ЛАК – легеневої артерії клапан
ЛАТ – легеневий артеріальний тиск
ЛВ – легеневі вени
ЛВА – ліва вінцева артерія
ЛЗ – лікарські засоби
ЛНПГ – ліва ніжка пучка В. Гіса
ЛОС – легеневий опір судин
ЛП – ліве передсердя
ЛПВЩ – ліпопротеїни високої щільности
ЛПНЩ – ліпопротеїни низької щільности
ЛФ – лужна фосфатаза
ЛШ – лівий шлуночок
МЕТ – метаболічні еквіваленти
МК – мітральний клапан
МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб (десятий перегляд)
МКШ – мамарно-коронарне шунтування
ММЛШ – маса міокарда лівого шлуночка
МНВ – міжнародне нормалізаційне співвідношення
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
МПП – міжпередсердна перегородка
МРТ – магнітно-резонансна томографія
МС – мітральний стеноз
МШП – міжшлуночкова перегородка
НПЛЗ – нестероїдні протизапальні лікарські засоби
НЦД – нейроциркуляційна дистонія
НШТ – надшлуночкова тахікардія
ОГЛВА – огинальна гілка лівої вінцевої артерії
ОЦК – об'єм циркулювальної крови
ПВА – права вінцева артерія
ПМО – площа мітрального отвору
ПМШГ – передня міжшлуночкова гілка
ПНПГ– права ніжка пучка В. Гіса
ПОА – площа отвору аорти
ПП – праве передсердя
ПШ – правий шлуночок
РА – ревматоїдний артрит
РКМП – рестриктивна кардіоміопатія
РСС – раптова серцева смерть
САТ – систолічний артеріальний тиск

Список умовних скорочень

СВ – серцевий викид
СІ – серцевий індекс
СН – серцева недостатність
ССС – серцево-судинна система
ССР – серцево-судинний ризик
ССХ – серцево-судинна хвороба
СХСТ – системні хвороби сполучної тканини
СЧВ – системний червоний вовчак
ТГ – тригліцериди
ТГВ – тромбоз глибоких вен
ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії
ТЗЛА – тиск заклинення в легеневій артерії
ТІА – транзиторна ішемічна атака
ТК – тристулковий клапан
ТП – тріпотіння передсердь
ТШ – тріпотіння шлуночків
ФВ – фракція викиду
ФК – функціональний клас
ФКГ – фонокардіографія
ФКХ – функціональний клас хворого
ФКЦХ – функціональний клас цирозного хворого
ФНС – функціональна недостатність суглобів
ФП – фібриляція передсердь
ФШ – фібриляція шлуночків
ХОХЛ – хронічна обструктивна хвороба легень
ХСН – хронічна серцева недостатність
ХХН – хронічна хвороба нирок
ЦД – цукровий діабет
ЦП – цироз печінки
Ч – чоловіки
ЧКВ – черезшкірне коронарне втручання
ЧР – чинники ризику
ЧСС – частота серцевих скорочень
ЧШС – частота шлуночкових скорочень
ШЕ – шлуночкові екстрасистоли
ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів
ШТ – шлуночкова тахікардія
ACC– акронім від American College of Cardiology (Американський коледж кардіологів)
AHA – акронім від American Heart Association (Американська асоціація серця)
ASE – акронім від American Society of Echocardiography (Американське товариство ехокардіографії)
BNP – Brain natriuretic peptide (мозковий натрійуретичний пептид)
CAC – Canadian Association of Cardiologists (Канадська асоціація кардіологів)
CHA_2DS_2 – VASc – акронім від Congestive heart failure (хронічна серцева недостатність), 1 бал; Hypertension (гіпертонія), 1 бал; Age (вік, понад 75 років), 2 бали; Diabetes mellitus (цукровий діабет), 1 бал; Stroke (інсульт/ TIA / артеріальна тромбоемболія в анамнезі), 2 бали; Vascular disease (хвороби судин: IM в анамнезі, атеросклероз аорти), 1 бал; Age (вік, 65–74 роки), 1 бал; sex category (стать, жіноча), 1 бал.
CRUSADE – акронім від Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcome (оцінка ризику великої кровотечі в стаціонарі у хворих на гострий коронарний синдром без стійкого підняття сегмента ST)
EAE – акронім від European Association of Echocardiography (Європейська асоціація ехокардіографії)
EHRA – акронім від European Heart Rhythm Associaton (Європейська асоціація серцевого ритму)
ERS – акронім від European respiratory society (Європейське респіраторне товариство)
ESC – акронім від European Society of Cardiology (Європейська асоціація кардіологів)
ESH – акронім від European Society of Hypertension (Европейська асоціація гіпертензії)
GRACE – акронім від Global Registry of Acute Coronary Events (загальний реєстр гострих коронарних подій)
HAS – BLED – акронім від Hypertension (гіпертонія), 1 бал ; Abnormal renal-liver function (порушення печінково-ниркової функції), 1бал; Stroke (інсульт), 1 бал; Bleeding history or predisposition (кровотеча в анамнезі), 1 бал; Labil international normalized ratio (нестабільний міжнародний нормалізаційний індекс) , 1 бал; Eldery (вік, понад 65 років), 1 бал; Druds or alcohol concomitantly (вживання ЛЗ чи алкоголю), 1 бал

Список умовних скорочень

ISH – акронім від International Society of Hypertension (Міжнародне товариство з артеріальної гіпертензії)
LGL – акронім від B. Lown - W. F. Ganong - S. A. Levine (Б. Лауна – В. Ф. Ґанонґа – С. А. Левіне синдром)
MAS – G. B. Morgagni - R. Adams - W. Stokes (Дж. Б. Морганьї – Р. Адамса – В. Стокса синдром)
Mini-GRACE – акронім від mini Global Registry of Acute Coronary Events (спрощений загальний реєстр гострих коронарних подій)
MINOCA – акронім від myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries (ІМ за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій)
nonSTEMI – акронім від non ST elevation myocardial infarction (ІМ з елевацією сегмента ST)
NT-proBNP – N-terminal pro brain natriuretic peptide (N-термінальний попередник натрійуретичного пептиду)
NYHA – акронім від New York Heart Association (Нью-Йоркська асоціація серця)
PISA – акронім від Proximal Isovelosity Surface Area (проксимальна площа поверхні регургітації)
PRKAG2 – акронім від protein kinase, AMP-activated, gamma 2 non-catalitic subunit (протеїнкіназа, яка активується АМФ (аденозинмонофосфатом), гама-2-некаталітична субодиниця)
PURSUIT – акронім від Platelet Glicoprotein IIb-IIIa in Unstable Angina Supression Using Integrilin Therapy (тромбоцитарний глікопротеїн у хворих на нестабільну стенокардію під час застосування інтегриліну)
SCORE – акронім від Scale Cardiovascular Risk (шкала кардіоваскулярного ризику)
STEMI – акронім від ST elevation myocardial infarction (ІМ з елевацією сегмента ST)
TIMI – акронім від trombolysis in myocardial infaection (тромболізис під час ІМ)
WHF – акронім від World Heart Federation (Всесвітня федерація серця)
WHO – акронім від World Health Organization (Всесвітня організація охорони здоров'я)
WPW – L. Wolff - G. Parkinson - G.White (Л. Вольфа – Дж. Паркінсона – Дж. Вайта синдром)

Вступ

Як відомо, під час надання медичної допомоги хворим, які потребують лікування у стаціонарі, послідовно застосовують такі діагнози:

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку** (записується у скеруванні на шпиталізацію).

2. **Попередній діагноз під час шпиталізації.** Якщо прийняття до лікарні було організоване через поліклінічний відділ, діагноз формулює лікар поліклінічної ланки і записує в амбулаторну картку, вказавши, що хворий (хвора) потребує лікування у стаціонарі, після чого його (її) скеровують у приймальний відділ лікарні. Якщо ж шпиталізація проводиться через приймальний відділ лікарні, його формулює лікар приймального відділу, записавши у журнал реєстрації та у відповідну рубрику на титульній сторінці історії хвороби.

3. **Клінічний діагноз,** який потрібно сформулювати упродовж трьох діб перебування хворого (хворої) у стаціонарі; має дві стадії:

   3.1. Попередній діагноз. Ґрунтується на інформації з паспорта, отриманій під час збирання анамнезу (скарги, анамнез хвороби, життя), результатах об'єктивного обстеження (загального, за системами з отриманням інформації візуально, пальпаторно, перкуторно й аускультативно), лабораторно-інструментальних обстеженнях, проведених у амбулаторних умовах перед прийняттям до лікарні (з тим, що результати записуються з відповідних документів у історію хвороби та вказується дата їх виконання);

   3.2. Власне клінічний діагноз. Базується на обґрунтуванні, використаному в попередньому діагнозі, а також на результатах додаткових лабораторно-інструментальних обстежень, проведених у стаціонарі, з указанням основного діагнозу, ускладнень, супутніх діагнозів, записаних за порядком їх клінічного значення.
   Обов'язково слід указати дату, коли поставлено діагноз.

   Примітка. Переважно є один основний діагноз, але може бути два і більше – так звані конкурентні діагнози.

4. **Остаточний діагноз:**

   4.1. Клінічний діагноз. Формулюється у момент виписування хворого (хворої) зі стаціонару. У ньому враховуються корективи,

внесені дообстеженням на етапі лікування, результатами лікування на цей час. Записується в епікризі, у відповідній рубриці титульної сторінки історії хвороби, у витягу з історії хвороби, який видається хворому (хворій);

4.2. Посмертний діагноз (формулюється у разі смерти хворого (хворої)):

4.2.1. Клінічний діагноз. Акумулює всі корективи, внесені дообстеженням під час лікування, результатами лікування на момент смерті у лікарні. Записується в епікризі, у відповідній рубриці титульної сторінки історії хвороби;

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз. Формулює прозектор після секції тіла з урахуванням результатів макро- і мікропатоморфологічного дослідження тканин померлого (померлої). Копія протоколу додається до історії хвороби померлого (померлої).

Слід зазначити, що науково обґрунтовані вимоги до формулювання діагнозу не є догмою, вони змінюються синхронно з досягненнями в медицині, поглибленням знань про причини, перебіг, ускладнення хвороби.

Основою діагнозу слугує класифікація хвороби, яка відповідно до вимог сьогодення мусить базуватися на МКХ-10. Кожна клінічна школа, цілком очевидно, має власне бачення варіантів розв'язання проблеми коректного формулювання діагнозів.

Вважаємо, що написання діагнозів в Україні має бути уніфікованим.

МКХ-10 можна взяти за основу, але для повного клінічного діагнозу потрібно використовувати сучасні класифікації хвороб внутрішніх органів, створені провідними фахівцями або колективами, затверджені на з'їздах і рекомендовані Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України.

Кожний діагноз крім назви нозологічної одиниці має включати інформацію про визначальний етіологічний і патогенетичний чинники, клінічний варіант хвороби, її перебіг, стадію, фазу, тяжкість, ускладнення, а також закінчуватися вказанням ступеня порушення функції органа або системи. У кардіології – це стадія серцевої недостатности (СН), що характеризує ступінь порушення функції серцево-судинної системи (ССС), і вказання функціонального класу (ФК) кардіологічного хворого.

Якщо у хворого є одночасно дві кардіологічні недуги й більше, то ступінь порушення функції ССС вказується лише в кінці діагнозу.

У клініці стикаємося переважно з поліорганними та полісистемними ураженнями хворого. У 78,4 % хворих, яким надають допомогу в терапевтичному відділі медичного закладу ІІІ рівня акредитації, фіксують одночасне ураження двох органів та систем і більше. Тому вважаємо за

потрібне написання діагнозу закінчувати вказанням функціонального класу хворого (ФКХ), який не є аналогом ФК кардіологічного хворого, оскільки інтегрує інформацію про стан усіх уражених органів і систем (ФКХ I, ФКХ II, ФКХ III, ФКХ IV). Їх критерії, за нашим визначенням, такі: ФКХ 0 (загальний стан хворого добрий) – не обмежена життєдіяльність (поєднання кількох недуг у фазі ремісії, які не спричинюють обмеження життєдіяльности); ФКХ I (загальний стан хворого задовільний) – помірно виражене обмеження життєдіяльности (переважно це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами III групи); ФКХ II (загальний стан хворого середньої тяжкости) – виражене обмеження життєдіяльности (здебільшого це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами II групи); ФКХ III (загальний стан хворого тяжкий) – значне обмеження життєдіяльности (головним чином це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами I групи); ФКХ IV (загальний стан хворого дуже тяжкий) – украй тяжкий стан хворого, часто не сумісний із життям (prognosis pessima). ФКХ – динамічний показник, який може змінюватися під впливом лікування і в разі ФКХ I, ФКХ II, ФКХ III змінюється до і після лікування.

1. Класифікації хвороб системи кровообігу

1.1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

F00–F99. Клас V. Розлади психіки та поведінки

F40–F48. Невротичні, спричинені стресом, і соматоформні розлади

F45 Соматоформні розлади
F45.3 Соматоформні вегетативні дисфункції
Нейроциркуляційна астенія

I00–I99. Клас IX. Хвороби системи кровообігу

I00–I04 Гострий ревматизм
I00 Гострий ревматизм без залучення серця
I01 Гострий ревматизм із залученням серця
I01.1 Гострий ревматичний ендокардит
I01.2 Гострий ревматичний міокардит
I01.8 Інші гострі хвороби серця
I01.9 Гостра ревматична хвороба серця, неуточнена
I02 Ревматична хорея
I02.0 Ревматична хорея із залученням серця
I02.9 Ревматична хорея без залучення серця
I05–I09 Хронічні ревматичні хвороби серця
I05 Ревматичні хвороби мітрального клапана (МК)
I05.0 Мітральний стеноз (МС)
I05.1 Ревматична мітральна недостатність
I05.2 МС із недостатністю
I05.8 Інші хвороби МК
I05.9 Хвороба МК, неуточнена
I06 Ревматичні хвороби клапана аорти (КА)
I06.0 Ревматичний стеноз КА
I06.1 Ревматична недостатність КА
I06.2 Ревматичний стеноз із недостатністю КА
I06.8 Інші ревматичні хвороби КА
I06.9 Ревматична хвороба КА, неуточнена
I07 Ревматичні хвороби тристулкового клапана (ТК)
I07.0 Стеноз ТК
I07.1 Недостатність ТК
I07.2 Стеноз із недостатністю ТК
I07.8 Інші хвороби ТК
I07.9 Хвороба ТК, неуточнена

I08 Ураження декількох клапанів
- I08.0 Хвороби МК і КА
- I08.1 Хвороби МК і ТК
- I08.2 Хвороби ТК і КА
- I08.3 Комбіновані порушення МК, ТК і КА
- I08.8 Інші множинні хвороби серцевих клапанів
- I08.9 Множинна хвороба серцевого клапана, неуточнена

I09 Інші ревматичні хвороби серця
- I09.0 Ревматичний міокардит
- I09.1 Ревматичні хвороби ендокарда, клапан неуточнений
- I09.2 Хронічний ревматичний перикардит
- I09.8 Інші уточнені ревматичні хвороби серця
- I09.9 Ревматична хвороба серця, неуточнена

I10–I19 Гіпертонічна хвороба (ГХ)

I10 Есенціальна (первинна) гіпертензія

I11 ГХ з ураженням серця
- I11.0 ГХ з ураженням серця зі застійними явищами та СН
- I11.9 ГХ з ураженням серця без застійних явищ і СН

I12 Ниркова ГХ
- I12.0 ГХ з нирковою недостатністю
- I12.9 ГХ з ураженням нирок без ниркової недостатности

I13 ГХ серцева та ниркова
- I13.0 ГХ з ураженням серця і нирок зі застійними явищами та СН
- I13.1 ГХ з ураженням серця і нирок з нирковою недостатністю
- I13.2 ГХ з ураженням серця і нирок зі застійними явищами та серцево-нирковою недостатністю
- I13.9 ГХ з ураженням серця і нирок, неуточнена

I15 Вторинна гіпертензія
- I15.0 Нирково-васкулярна гіпертензія
- I15.1 Вторинна гіпертензія, спричинена іншими нирковими порушеннями
- I15.2 Вторинна гіпертензія, спричинена ендокринними порушеннями
- I15.8 Інша вторинна гіпертензія
- I15.9 Вторинна гіпертензія, неуточнена

I20–I25 Ішемічна хвороба серця (ІХС)

I20 Стенокардія
- I20.0 Нестабільна стенокардія
- I20.1 Стенокардія із зареєстрованим спазмом судин
- I20.8 Інші клінічні варіанти стенокардії
- I20.9 Стенокардія, неуточнена

I21 Гострий інфаркт міокарда (ІМ)
- I21.0 Гострий трансмуральний ІМ передньої стінки
- I21.1 Гострий трансмуральний ІМ нижньої стінки

I21.2 Гострий трансмуральний ІМ іншої локалізації
I21.3 Гострий трансмуральний ІМ неуточненої локалізації
I21.4 Гострий субендокардіальний ІМ
I21.8 Повторний ІМ іншої локалізації
I21.9 Гострий ІМ, неуточнений

I22 Повторний ІМ
I22.0 Повторний ІМ передньої стінки
I22.1 Повторний ІМ нижньої стінки
I22.9 Повторний ІМ, неуточнений

I23 Деякі поточні ускладнення гострого ІМ
I23.0 Гемоперикардіум як поточне ускладнення гострого ІМ
I23.1 Дефект передсердно-шлуночкової перегородки як ускладнення гострого ІМ
I23.2 Дефект міжшлуночкової перегородки (МШП) як ускладнення гострого ІМ
I23.3 Розрив серцевої стінки без гемоперикардіуму як ускладнення гострого ІМ
I23.4 Розрив сухожилкових хорд як ускладнення гострого ІМ
I23.5 Розрив соскоподібного м'яза як ускладнення гострого ІМ
I23.6 Тромбоз передсердя і шлуночка як ускладнення гострого ІМ
I23.8 Інші ускладнення гострого ІМ

I24 Інші гострі ІХС
I24.0 Тромбоз вінцевих судин, не асоційований з ІМ
I24.1 Синдром В. Дреслера
I24.8 Інші клінічні варіанти гострої ІХС
I24.9 Гостра ІХС, неуточнена

I25 Хронічна ІХС
I25.0 Атеросклерозна серцево-судинна хвороба (ССХ) серця як така
I25.1 Атеросклерозна хвороба серця
I25.2 Післяінфарктний кардіосклероз
I25.3 Аневризма серця
I25.4 Аневризма вінцевої артерії
I25.5 Ішемічна кардіоміопатія (КМП)
I25.6 Безсимптомна ішемія міокарда
I25.8 Інші клінічні варіанти хронічної ІХС
I25.9 Хронічна ІХС, неуточнена

I26–I28 Легенево-серцева недостатність і хвороби малого кола кровообігу

I26 Легенева емболія
I26.0 Легенева емболія зі згадкою про гостре легеневе серце
I26.9 Легенева емболія без згадки про гостре легеневе серце

I27 Інші форми легенево-серцевої недостатности
I27.0 Первинна легенева гіпертензія

I27.1 Кіфосколіозна хвороба серця
I27.8 Інші уточнені форми легеневого серця
I27.9 Легеневе серце, неуточнене

I28 Інші хвороби легеневих судин
I28.0 Артеріовенозна нориця легеневих судин
I28.1 Аневризма легеневої артерії
I28.8 Інші уточнені хвороби легеневих судин
I28.9 Хвороба легеневих судин, неуточнена

I30–I52 Інші хвороби серця

I30 Гострий перикардит
I30.0 Гострий неспецифічний ідіопатійний перикардит
I30.1 Інфекційний перикардит
I30.8 Інші клінічні варіанти гострого перикардиту
I30.9 Гострий перикардит, неуточнений

I31 Інші хвороби перикарда
I31.0 Хронічний адгезивний перикардит
I31.1 Хронічний констриктивний перикардит
I31.2 Гемоперикард, не класифікований у інших рубриках
I31.3 Випіт у перикард (незапального характеру)
I31.8 Інші уточнені хвороби перикарда
I31.9 Хвороба перикарда, неуточнена

I32 Перикардит за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I32.0 Перикардит за наявности бактерійних інфекцій, класифікованих у інших рубриках
I32.1 Перикардит за наявности інших інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I32.8 Перикардит за наявности інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

I33 Гострий і підгострий ендокардит
I33.0 Гострий і підгострий ендокардит
I33.9 Гострий ендокардит, неуточнений

I34 Неревматичні ураження МК
I34.0 Недостатність МК
I34.1 Пролабування МК
I34.2 Неревматичний МС (клапанний)
I34.8 Інші ураження МК неревматичного походження
I34.9 Неревматичне ураження МК, неуточнене

I35 Неревматичні ураження КА
I35.0 Аортальний (клапанний) стеноз
I35.1 Аортальна (клапанна) недостатність
I35.2 Аортальний (клапанний) стеноз із недостатністю
I35.9 Порушення КА, неуточнене

I36 Неревматичні ураження ТК
I36.0 Неревматичний тристулковий (клапанний) стеноз

I36.1 Неревматична тристулкова (клапанна) недостатність
I36.2 Неревматичний тристулковий (клапанний) стеноз із недостатністю
I36.8 Інші неревматичні порушення ТК
I36.9 Неревматичне порушення ТК, неуточнене

I37 Ураження клапана легеневого стовбура
I37.0 Стеноз клапана легеневого стовбура
I37.1 Недостатність клапана легеневого стовбура
I37.2 Стеноз клапана легеневого стовбура з недостатністю
I37.8 Інші ураження клапана легеневого стовбура
I37.9 Ураження клапана легеневого стовбура, неуточнене

I38 Ендокардит клапанний, неуточнений
I38.8 Інші порушення КА

I39 Ендокардит і ураження клапанів серця у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.0 Ураження МК за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.1 Ураження КА в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.2 Ураження ТК в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.3 Ураження клапана легеневого стовбура в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.4 Множинні ураження серцевих клапанів за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I39.8 Ендокардит клапанний, неуточнений, у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках

I40 Гострий міокардит
I40.0 Інфекційний міокардит
I40.1 Ізольований міокардит
I40.8 Інший гострий міокардит
I40.9 Гострий міокардит, неуточнений

I41 Міокардит за наявности бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.0 Міокардит у разі бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.1 Міокардит за наявности вірусних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.2 Міокардит за наявности інших інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.8 Міокардит у разі інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

I42 КМП із розширенням меж серця
I42.0 КМП із розширенням меж серця
I42.1 Гіпертрофійна обструктивна КМП

I42.2 Інша гіпертрофійна кардіоміопатія (ГКМП)
I42.3 Ендоміокардійна (еозинофільна) хвороба
I42.4 Ендокардійний фіброеластоз
I42.5 Інша рестриктивна кардіоміопатія (РКМП)
I42.6 Алкогольна КМП
I42.7 КМП унаслідок дії лікарських засобів та інших зовнішніх агентів
I42.8 Інші КМП
I42.9 КМП, неуточнена

I43 КМП за наявности інфекційних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I43.0 КМП за наявности інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I43.1 КМП у разі метаболічних хвороб
I43.2 КМП у разі хвороб, спричинених харчуванням
I43.8 КМП у разі інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

I44 Атріовентрикулярна (АВ) блокада і блокада лівої ніжки пучка В. Гіса (ЛНПГ)
I44.0 АВ блокада першого ступеня
I44.1 АВ блокада другого ступеня
I44.2 АВ повна
I44.3 АВ неуточнена та інші блокади
I44.4 Блокада лівої передньої ніжки пучка В. Гіса
I44.5 Блокада лівої задньої ніжки пучка В. Гіса
I44.6 Інші та неуточнена блокади пучка В. Гіса
I44.7 Блокада ЛНПГ, неуточнена

I45 Інші порушення провідности
I45.0 Блокада правої ніжки пучка В. Гіса (ПНПГ)
I45.1 Інші та неуточнена блокади ПНПГ
I45.2 Біфасцикулярна блокада
I45.3 Трифасцикулярна блокада
I45.4 Неуточнена інтравентрикулярна блокада
I45.5 Інша уточнена блокада серця
I45.6 Синдром передчасного збудження шлуночків
I45.8 Інші уточнені порушення провідности
I45.9 Порушення провідности, неуточнене

I46 Зупинка серця
I46.0 Вдала реанімація після зупинки серця
I46.1 Раптова серцева смерть (РСС)
I46.9 Зупинка серця, неуточнена

I47 Пароксизмальна тахікардія
I47.0 Re-entry шлуночкова тахікардія (ШТ)
I47.1 Надшлуночкова тахікардія (НШТ)
I47.2 ШТ

I47.9 Пароксизмальна тахікардія, неуточнена
I48 Фібриляція передсердь (ФП) і тріпотіння передсердь (ТП)
I49 Інші порушення серцевого ритму
I49.0 Фібриляція шлуночків (ФШ) і тріпотіння шлуночків (ТШ)
I49.1 Передчасна деполяризація передсердь
I49.2 Передчасна деполяризація, яка походить із АВ з'єднання
I49.3 Передчасна деполяризація шлуночків
I49.4 Інша неуточнена передчасна деполяризація
I49.5 Синдром слабкости синусового вузла
I49.8 Інші уточнені порушення серцевого ритму
I49.9 Порушення серцевого ритму, неуточнене
I50 СН
I50.0 СН застійного характеру
I50.1 Недостатність лівого шлуночка (ЛШ)
I50.9 СН, неуточнена
I51 Ускладнення і недостатньо описана хвороба серця
I51.0 Дефект серцевої перегородки, набутий
I51.1 Розрив хорди сухожилка, не класифікований у інших рубриках
I51.2 Розрив сосочкового м'яза, не класифікований у інших рубриках
I51.3 Внутрішньосерцевий тромбоз, не класифікований у інших рубриках
I51.4 Міокардит, неуточнений
I51.5 Дегенерація міокарда
I51.6 ССХ, неуточнена
I51.7 Кардіомегалія
I51.8 Інші недостатньо означені хвороби серця
I51.9 Хвороба серця, неуточнена
I52 Інші ураження серця за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I52.0 Інші ураження серця за наявности бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I52.1 Інші ураження серця за наявности інших інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I52.8 Інші ураження серця за наявности інших хвороб, класифікованих у інших рубриках
I60–I69 Ураження судин головного мозку
I60 Субарахноїдальний крововилив
I60.0 Субарахноїдальний крововилив із сифона сонної артерії і біфуркації
I60.1 Субарахноїдальний крововилив із серединної мозкової артерії
I60.2 Субарахноїдальний крововилив із передньої сполучної

артерії
I60.3 Субарахноїдальний крововилив зі задньої сполучної артерії
I60.4 Субарахноїдальний крововилив із основної артерії
I60.5 Субарахноїдальний крововилив із хребтової артерії
I60.6 Субарахноїдальний крововилив із інших внутрішньочерепних артерій
I60.7 Субарахноїдальний крововилив із внутрішньочерепної артерії, неуточнений
I60.8 Інший субарахноїдальний крововилив
I60.9 Субарахноїдальний крововилив, неуточнений

I61 Крововилив у мозок
I61.0 Внутрішьомозковий крововилив у півкулю, субкортикальний
I61.1 Внутрішьомозковий крововилив у півкулю, кортикальний
I61.2 Внутрішьомозковий крововилив у півкулю, неуточнений
I61.3 Внутрішьомозковий крововилив у стовбур головного мозку
I61.4 Внутрішьомозковий крововилив у мозочок
I61.5 Внутрішньомозковий крововилив, внутрішньошлуночковий
I61.6 Внутрішньомозковий крововилив, локалізований
I61.8 Інший внутрішньомозковий крововилив
I61.9 Внутрішньомозковий крововилив, неуточнений

I62 Інший нетравматичний внутрішньочерепний крововилив
I62.0 Гострий субдуральний крововилив (нетравматичний)
I62.1 Екстрадуральний крововилив (нетравматичний)
I62.9 Внутрішньочерепний крововилив (нетравматичний), неуточнений

I63 Інфаркт головного мозку
I63.0 Інфаркт мозку внаслідок тромбозу прецеребральних артерій
I63.1 Інфаркт мозку внаслідок емболії прецеребральних артерій
I63.2 Інфаркт мозку внаслідок неуточненої закупорки або стенозу прецеребральних артерій
I63.3 Інфаркт мозку внаслідок тромбозу мозкових артерій
I63.4 Інфаркт мозку внаслідок емболії мозкових артерій
I63.5 Інфаркт мозку внаслідок неуточненої закупорки або стенозу мозкових артерій
I63.6 Інфаркт мозку внаслідок церебрального венозного тромбозу, негнійний
I63.8 Інший інфаркт мозку
I63.9 Інфаркт мозку, неуточнений

I64 Інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт
I65 Оклюзія і стеноз прецеребральних артерій, що не призводять до інфаркту мозку
- I65.0 Закупорка і стеноз хребтової артерії
- I65.1 Закупорка і стеноз основної артерії
- I65.2 Закупорка і стеноз сонної артерії
- I65.3 Закупорка і стеноз декількох і двосторонніх прецеребральних артерій
- I65.8 Закупорка і стеноз іншої прецеребральної артерії
- I65.9 Закупорка і стеноз неуточненої прецеребральної артерії

I66 Оклюзія і стеноз мозкових артерій, що не призводять до інфаркту мозку
- I66.0 Закупорка і стеноз серединної мозкової артерії
- I66.1 Закупорка і стеноз передньої мозкової артерії
- I66.2 Закупорка і стеноз задньої мозкової артерії
- I66.3 Закупорка і стеноз мозочкових артерій
- I66.4 Закупорка та стеноз декількох і двобічних мозкових артерій
- I66.8 Закупорка і стеноз іншої мозкової артерії
- I66.9 Закупорка і стеноз неуточненої мозкової артерії

I67 Інші ураження судин головного мозку
- I67.0 Розшарування мозкових артерій без розриву
- I67.1 Церебральна аневризма, нерозірвана
- I67.2 Церебральний атеросклероз (склероз судин головного мозку)
- I67.3 Судинна лейкоенцефалопатія із наростанням тяжкости
- I67.4 Гіпертонічна енцефалопатія (дисциркуляційна енцефалопатія, хронічна ішемія головного мозку)
- I67.5 Хвороба моя-моя
- I67.6 Негнійний тромбоз внутрішньочерепної венозної пазухи
- I67.7 Церебральний артеріїт, не класифікований у інших рубриках
- I67.8 Інші уточнені цереброваскулярні хвороби
- I67.9 Неуточнені судинно-мозкові хвороби

I68 Ураження судин головного мозку за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I68.0 Церебральна амілоїдна ангіопатія
- I68.1 Церебральний артеріїт за наявности інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I68.2 Церебральний артеріїт у разі інших хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I68.8 Інші церебральні ураження за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках

I69 Віддалені наслідки ураження судин головного мозку
- I69.0 Віддалені наслідки субарахноїдального крововиливу

I69.1 Віддалені наслідки внутрішньомозкового крововиливу
I69.2 Віддалені наслідки іншого нетравматичного внутрішньомозкового крововиливу
I69.3 Віддалені наслідки інфаркту мозку
I69.4 Віддалені наслідки мозкового інсульту, не уточненого як крововилив чи інфаркт
I69.8 Віддалені наслідки інших неуточнених цереброваскулярних хвороб

I70–I79 Хвороби артерій, артеріол і капілярів

I70 Атеросклероз
I70.0 Атеросклероз аорти
I70.1 Атеросклероз ниркової артерії
I70.2 Атеросклероз артерій кінцівок
I70.8 Атеросклероз інших артерій
I70.9 Генералізований і неуточнений атеросклероз

I71 Аневризма і розшарування аорти
I71.0 Розшарування аорти (будь-якої частини)
I71.1 Аневризма грудної аорти, розірвана
I71.2 Аневризма грудної аорти без згадування про розрив
I71.3 Аневризма черевної аорти, розірвана
I71.4 Аневризма черевної аорти, без згадування про розрив
I71.5 Аневризма грудочеревної аорти, розірвана
I71.6 Аневризма грудочеревної аорти, без згадування про розрив
I71.8 Аневризма аорти неуточненої локалізації, розірвана
I71.9 Аневризма аорти неуточненої локалізації без згадування про розрив

I72 Інша аневризма
I72.0 Аневризма сонної артерії
I72.1 Аневризма артерії верхньої кінцівки
I72.2 Аневризма ниркової артерії
I72.3 Аневризма клубової артерії
I72.4 Аневризма артерії нижньої кінцівки
I72.8 Аневризма іншої уточненої локалізації
I72.9 Аневризма неуточненої локалізації

I73 Інші хвороби периферійних судин
I73.0 Синдром М. Рейно
I73.1 Облітерувальний тромбангіїт (хвороба Л. Бюргера)
I73.5 Інфаркт селезінки
I73.8 Інші уточнені хвороби периферійних судин
I73.9 Хвороба периферійних судин, неуточнена

I74 Емболія і тромбоз артерії
I74.0 Емболія і тромбоз черевної аорти
I74.1 Емболія і тромбоз інших неуточнених відділів аорти
I74.2 Емболія і тромбоз артерій верхніх кінцівок
I74.3 Емболія і тромбоз артерій нижніх кінцівок

I74.4 Емболія і тромбоз артерій кінцівок, неуточнені
I74.5 Емболія і тромбоз клубової артерії
I74.8 Емболія і тромбоз інших артерій
I74.9 Емболія і тромбоз неуточненої артерії

I77 Інші хвороби артерій і артеріол
I77.0 Артеріовенозна нориця, набута
I77.1 Звуження артерії
I77.2 Розрив артерії
I77.3 Артеріальна фіброзно-м'язова дисплазія
I77.4 Синдром компресії черевної аорти
I77.5 Некроз артерії
I77.6 Артеріїт, неуточнений
I77.8 Інші уточнені ураження артерій і артеріол
I77.9 Ураження артерій і артеріол, неуточнене

I78 Хвороби капілярів
I78.0 Спадкова геморагійна телеангіектазія
I78.1 Невус, непухлинний
I78.8 Інші хвороби капілярів
I78.9 Хвороба капілярів, неуточнена

I79 Ураження артерій, артеріол і капілярів за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I79.0 Аневризма аорти за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I79.1 Аортит за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I79.2 Периферійна ангіопатія за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I79.8 Інші ураження артерій, артеріол і капілярів за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках

I80–I89 Хвороби вен, лімфатичних судин і лімфатичних вузлів, не класифіковані в інших рубриках

I80 Флебіт і тромбофлебіт
I80.0 Флебіт і тромбофлебіт поверхневих судин нижніх кінцівок
I80.1 Флебіт і тромбофлебіт стегнової вени
I80.2 Флебіт і тромбофлебіт інших глибоких судин нижніх кінцівок
I80.3 Флебіт і тромбофлебіт нижніх кінцівок, неуточнений
I80.8 Флебіт і тромбофлебіт інших локалізацій
I80.9 Флебіт і тромбофлебіт неуточненої локалізації

I81 Тромбоз ворітної вени

I82 Інша венозна емболія чи тромбоз
I82.0 Синдром Дж. Бадда – Г. Кіарі
I82.1 Тромбофлебіт мігрувальний
I82.2 Емболія і тромбоз порожнистої вени

I82.3 Емболія і тромбоз ниркової вени
I82.8 Емболія і тромбоз інших уточнених вен
I82.9 Емболія і тромбоз неуточненої вени

I83 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок
I83.0 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок із виразкуванням
I83.1 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок із запаленням
I83.2 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок із виразкуванням і запаленням
I83.9 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразкування або запалення

I84 Геморой
I84.0 Внутрішній тромбований геморой
I84.1 Внутрішній геморой з іншими ускладненнями
I84.2 Внутрішній геморой без ускладнень
I84.3 Зовнішній тромбований геморой
I84.4 Зовнішній геморой з іншими ускладненнями
I84.5 Зовнішній геморой без ускладнень
I84.6 Залишкові гемороїдальні шкірні мітки
I84.7 Неуточнений тромбований геморой
I84.8 Неуточнений геморой з іншими ускладненнями
I84.9 Неуточнений геморой без ускладнень

I85 Варикозне розширення вен стравоходу
I85.0 Варикозне розширення вен стравоходу з кровотечею
I85.9 Варикозне розширення вен стравоходу без кровотечі

I86 Варикозне розширення вен іншої локалізації
I86.0 Варикозне розширення під’язикових вен
I86.1 Варикозне розширення вен калитки
I86.2 Варикозне розширення вен таза
I86.3 Варикозне розширення вен вульви
I86.6 Варикозне розширення вен шлунка
I86.8 Варикозне розширення вен іншої уточненої локалізації

I87 Інші ураження вен
I87.0 Постфлебітний синдром
I87.1 Здавлення вени
I87.2 Хронічна венозна недостатність (периферійна)
I87.8 Інші уточнені ураження вен
I87.9 Ураження вени, неуточнене

I88 Неспецифічний лімфаденіт
I88.0 Неспецифічний мезентеріальний лімфаденіт
I88.1 Хронічний лімфаденіт, за винятком мезентеріального
I88.8 Інший неспецифічний лімфаденіт
I88.9 Неспецифічний лімфаденіт, неуточнений

I89 Інші неінфекційні ураження лімфатичних судин і лімфовузлів

I89.0 Лімфонабряк, не класифікований у інших рубриках
I89.1 Лімфангіїт
I89.8 Інші уточнені неінфекційні ураження лімфатичних судин
I89.9 Неінфекційне ураження лімфатичних судин і лімфатичних вузлів, неуточнене

I95–I99 Інші та неуточнені порушення системи кровообігу

I95 Гіпотензія
I95.0 Ідіопатична гіпотензія
I95.1 Ортостатична гіпотензія
I95.2 Гіпотензія унаслідок дії лікарських засобів
I95.8 Інша гіпотензія
I95.9 Гіпотензія, неуточнена

I97 Післяпроцедурні порушення системи кровообігу (після хірургічного втручання і медичних процедур), не класифіковані в інших рубриках
I97.0 Посткардіотомійний синдром
I97.1 Інші функціональні розлади внаслідок кардіального втручання
I97.2 Синдром лімфонабряку після мастектомії
I97.8 Інші післяпроцедурні порушення кровообігу, не класифіковані в інших рубриках
I97.9 Післяпроцедурне порушення кровообігу, неуточнене

I98 Інші порушення системи кровообігу в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I98.0 Сифіліс серцево-судинної системи
I98.1 Серцево-судинні ураження у разі інших інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I98.2 Варикозне розширення вен стравоходу за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I98.8 Інші уточнені порушення системи кровообігу за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках

I99 Інші та неуточнені порушення системи кровообігу

1.2. Клінічна класифікація уражень внутрішніх органів

(О. О. Абрагамович, О. П. Фаюра, У. О. Абрагамович, 2015)

Ураження внутрішніх органів (рис. 1а):

- моноураження;
- коморбідні ураження.

Моноураження (рис. 1б)

I. За причиною виникнення

- каузальні;
- ідіопатичні (генуїнні, есенціальні).

II. За клінічним варіантом уражень

- синдромні;
- нозологічні

III. За походженням

- вроджені:
  - спадкові;
  - неспадкові:
    ~ ембріопатії;
    ~ фетопатії
- набуті:
  - невипадкові;
  - випадкові

IV. За наявністю морфологічних змін

- так звані функціональні;
- органічні;
- функціонально-органічні

V. За наявністю ускладнень

- ускладнене;
- неускладнене

VI. За прогнозом:

- прогнозоване (-і):
  ~ позитивний прогноз:
  - поліпшення;
  - одужання;

  ~ негативний прогноз:
  - погіршення;
  - смерть
- непрогнозоване (-і)

Коморбідні ураження (рис. 1в)

I. За кількістю

- біморбідні;
- поліморбідні

II. За причиною виникнення
- каузальні;
- ідіопатичні (генуїнні, есенціальні)

III. За клінічним варіантом уражень
- синдромні;
- нозологічні;
- синдромно-нозологічні

IV. За взаємозв'язком між ураженнями:
- синтропічні;
- несинтропічні:
  - нейтропічні:
    ~ конкурентні;
    ~ поєднані;
    ~ інтеркурентні;
  - дистропічні;
  - атропічні

V. За походженням
- вроджені:
  - спадкові;
  - неспадкові:
    ~ ембріопатії;
    ~ фетопатії
- набуті:
  - невипадкові;
  - випадкові

VI. За наявністю морфологічних змін
- так звані функціональні;
- органічні;
- функціонально-органічні

VII. За залученням у процес органів і систем
- гомотипові;
- гетеротипові

VIII. За черговістю виникнення
- одночасні (симультантні);
- почергові (консеквентні):
  ~ перше,
  ~ наступне (-і): друге(-і), третє(-і)...

IX. За клінічним значенням
- основне і другорядне (для синтропічних уражень);
- основне і супутнє (для несинтропічних уражень)

X. За наявністю ускладнень
- ускладнене:
  Ускладнення (рис. 2)

- за обсягом уражень:
  ~ синдромні;
  ~ нозологічні
- за кількістю:
  ~ моноускладнення;
  ~ подвійне (дуальне) ускладнення;
  ~ поліускладнення
- за часом виникнення ускладнень:
  ~ безпосередні;
  ~ ранні;
  ~ пізні;
  ~ віддалені
- за інформацією про механізм виникнення:
  ~ зі з'ясованим механізмом виникнення;
  ~ із нез'ясованим механізмом виникнення
- за механізмом виникнення:
  ~ синтропічні;
  ~ несинтропічні
- за наявністю морфологічних змін:
  ~ так звані функціональні;
  ~ органічні;
  ~ функціонально-органічні
- за залученням у процес органів і систем:
  ~ гомотипові;
  ~ гетеротипові
- за прогнозом ускладнень:
  ~ прогнозоване:
    - позитивний прогноз:
      ➢ поліпшення;
      ➢ одужання;
    - негативний прогноз:
      ➢ погіршення;
      ➢ смерть;
  ~ непрогнозоване
- неускладнене

XI. За прогнозом

- прогнозоване (-і):
  ~ позитивний прогноз:
    - поліпшення;
    - одужання;
  ~ негативний прогноз:
    - погіршення;
    - смерть
- непрогнозоване (-і)



Рис. 1а. Класифікація уражень внутрішніх органів

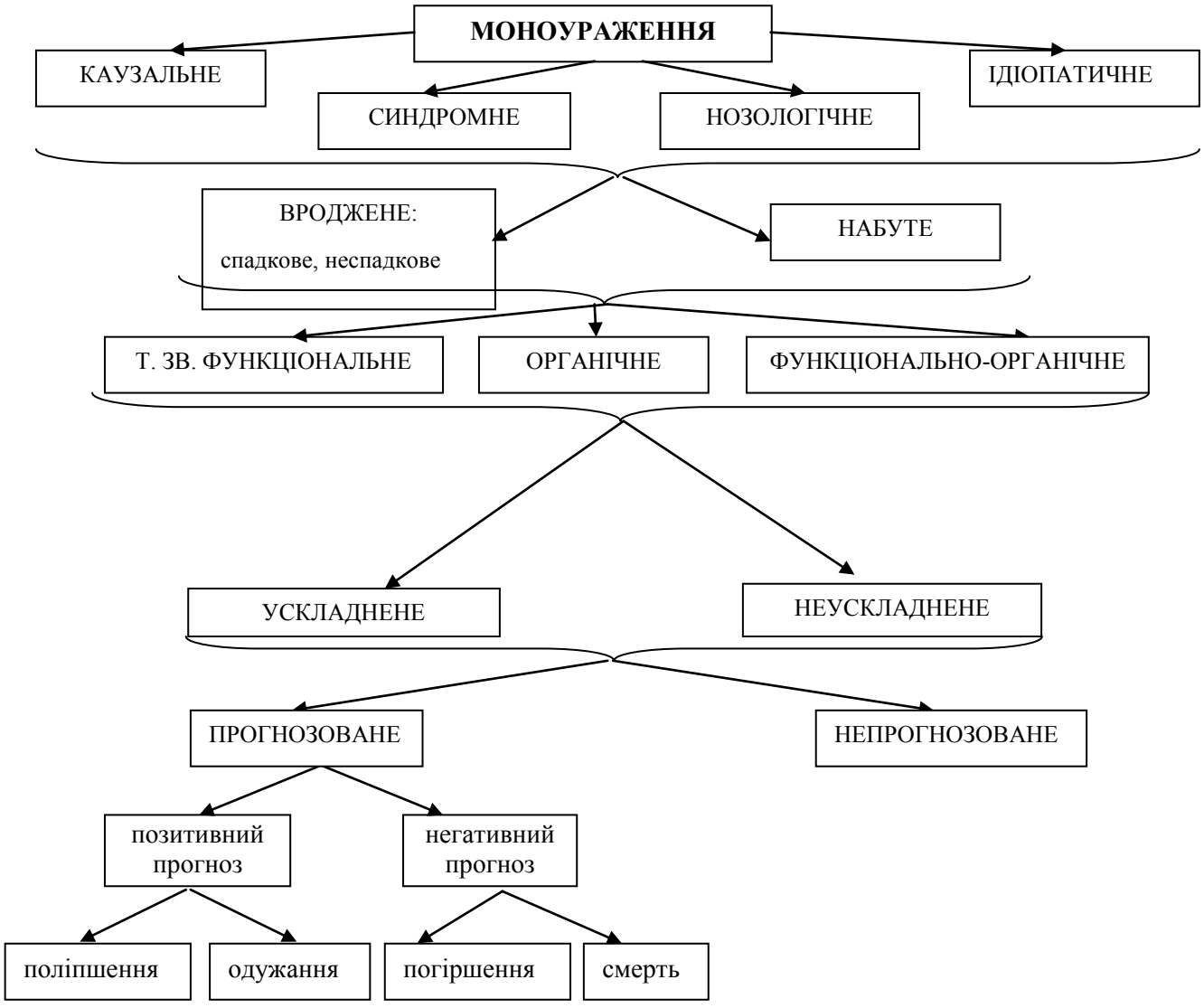


Рис. 1б. Класифікація моноуражень

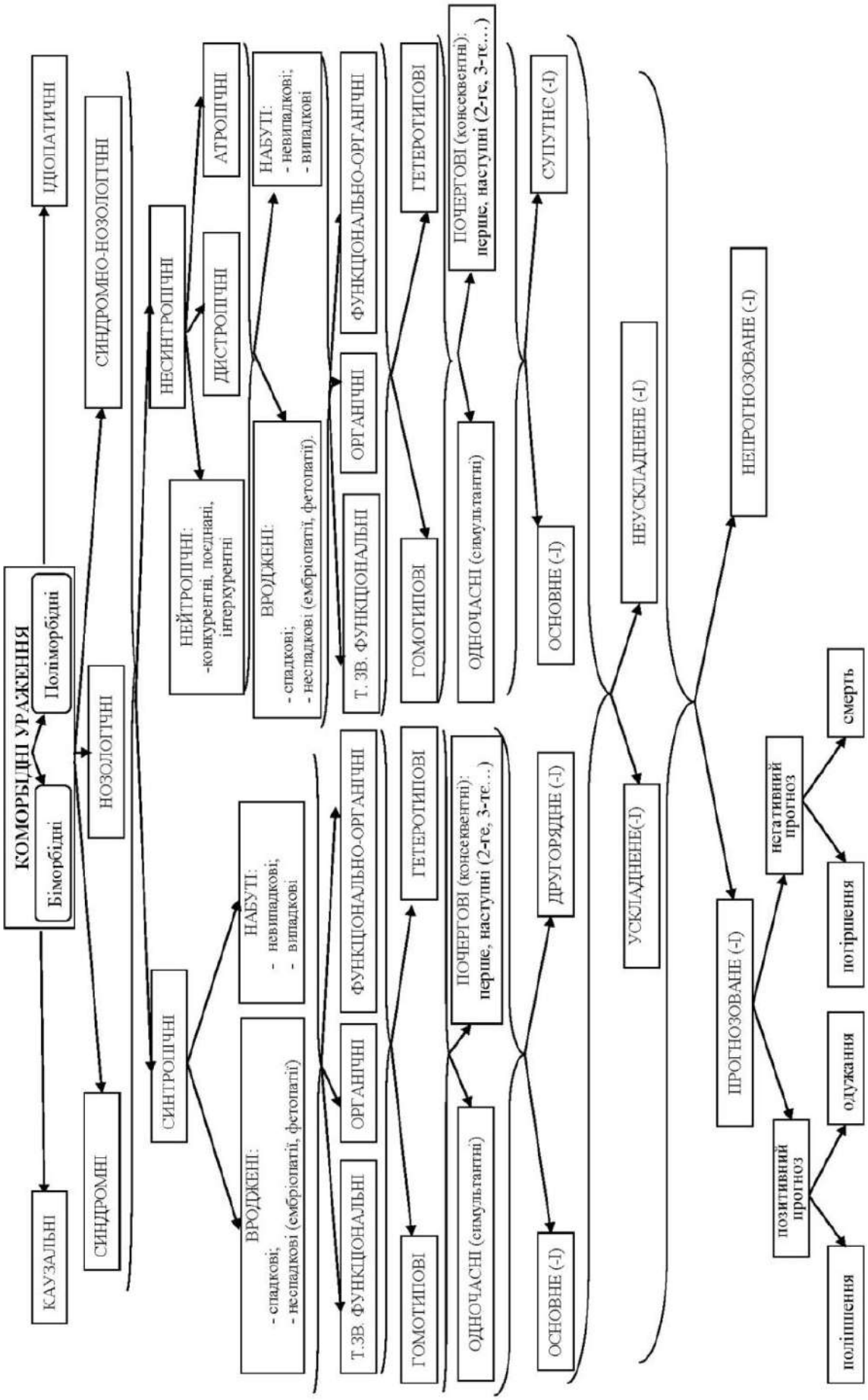


Рис. 1в. Класифікація коморбідних уражень

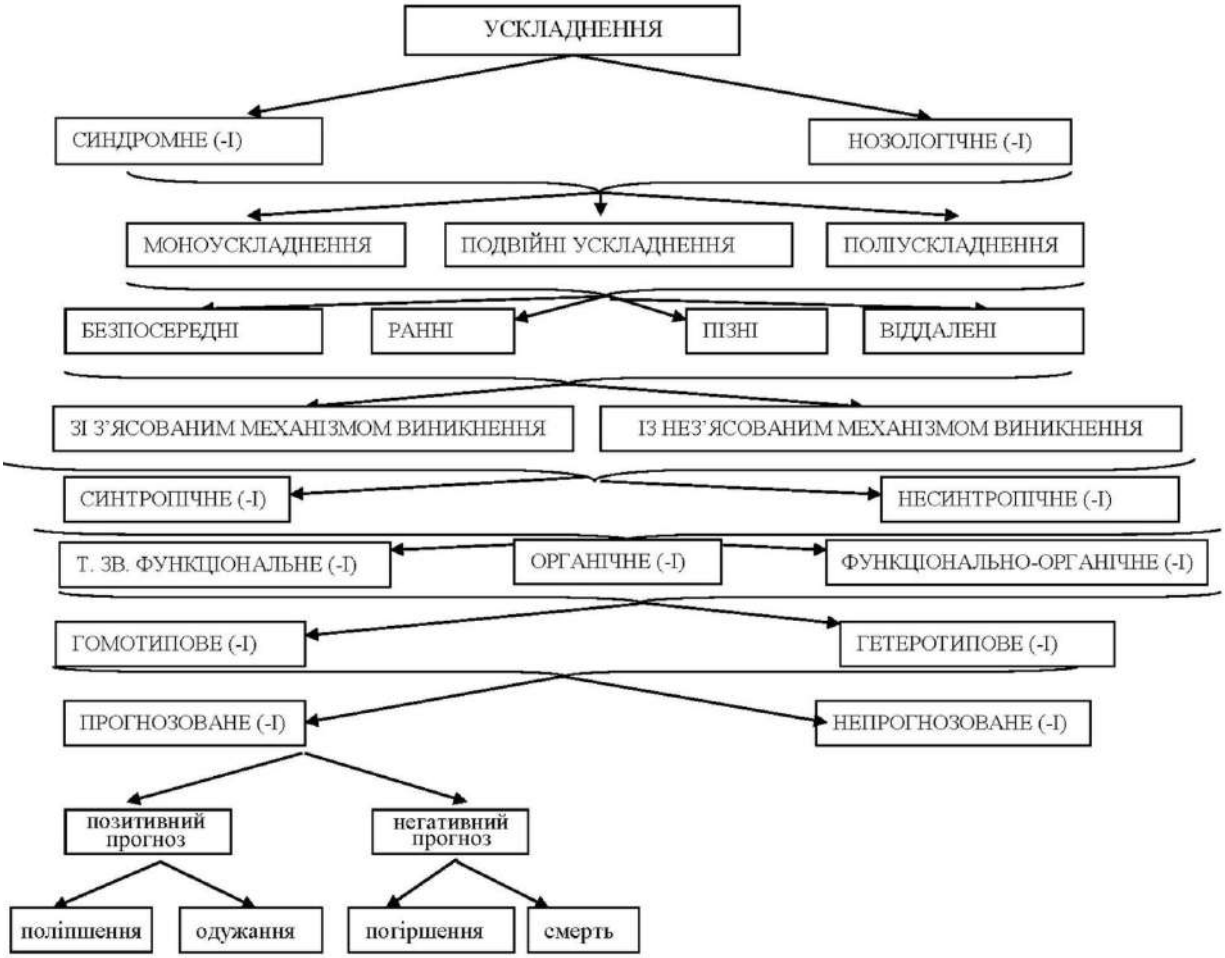


Рис. 2. Класифікація ускладнень

Примітки:

Моноураження – наявність у людини лише одного синдрому або хвороби (наприклад, синдром такоцубо або гострий бронхіт у хворого, що не має інших недуг).

Коморбідні ураження – наявність у людини двох синдромів і/або хвороб і більше.

Синдром – стійка сукупність симптомів із єдиним патогенезом, характерних для клінічних проявів хвороби, її частини або кількох хвороб. Це не хвороба як нозологічна одиниця, оскільки може мати зв'язок із різними недугами (наприклад, метаболічний синдром, синдром Дж. Л. Дауна, синдром такоцубо).

Хвороба – порушення нормальної життєдіяльности організму, спричинене функціональними і/або морфологічними (структурними) змінами, які виникають через вплив ендогенних і (або) екзогенних чинників (наприклад, ГХ).

Біморбідні коморбідні ураження – наявність у людини двох коморбідних синдромів і/або хвороб (наприклад, поєднання бронхіальної астми (БА) та кропив'янки, ІХС і депресії).

Поліморбідні ураження – наявність у людини трьох чи більше коморбідних синдромів і/або хвороб (наприклад, поєднання гепатопульмонального, гепатолієнального, гепаторенального синдромів, цирозної КМП у хворого на цироз печінки (ЦП) або ж на автоімунний тироїдит, системний червоний вовчак (СЧВ) та первинний біліарний ЦП).

Каузальні ураження – причина виникнення ураження відома (наприклад, постстрептококовий гломерулонефрит, постстрептококовий ендокардит).

Ідіопатичні ураження (генуїнні, есенціальні) – причина виникнення ураження невідома (наприклад, синдром Г. Шегрена, синдром нез'ясовної раптової нічної смерти, ідіопатична дилятаційна кардіоміопатія (ДКМП)).

Синдромні ураження – наявність у організмі одного (моноураження) (наприклад, метаболічний синдром, синдром П. (Х.) Бругада), двох синдромів і більше (наприклад, поєднання постхолецистектомійного та депресивного синдромів, синдрому подовження інтервалу QT та цирозної КМП у хворого на ЦП).

Нозологічні ураження – наявність у організмі однієї (моноураженння) (наприклад, БА, надшлуночкова екстрасистолія), двох і більше (коморбідні) нозологічних одиниць (наприклад, поєднання псоріазу та остеоартрозу, міокардиту і перикардиту).

Синдромно-нозологічні ураження – поєднання певного (-их) синдрому (-ів) та нозологічної (-их) одиниці (-иць) в одному організмі (наприклад, поєднання метаболічного синдрому та БА, синдрому В. Дреслера та ІМ).

Синтропічні коморбідні ураження – поєднання двох і більше синдромів і/або нозологічних одиниць зі спільними генетичними і/або етіологічними і/або патогенетичними механізмами у людини, які можуть, за певних умов, впливати на перебіг одне одного (наприклад, метаболічний синдром і синдром В. Дреслера у хворого на ІМ, цукровий дібет (ЦД) і остеоартроз, СЧВ і автоімунний тироїдит, подагра та ожиріння).

Несинтропічні ураження (нейтропії, дистропії, атропії) – синтропічного зв'язку між синдромом (-ами) і/або хворобою (-ами) немає, але вони можуть поєднуватися в одному організмі в різних комбінаціях і варіантах взаємозв'язку.

Нейтропії (конкурентні, поєднані та інтеркурентні) – випадкові поєднання синдромів і/або хвороб в одному організмі (пневмонія і виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ДКМП і жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ)).

Конкурентні синдроми і/або хвороби – одночасно наявні у хворого синдроми і/або хвороби (з гострим або хронічним перебігом), взаємонезалежні за етіологією і патогенезом, але з одночасними ознаками основної недуги, з яких кожне (-ні) окремо/або через своє (-ї) ускладнення може обтяжити їх перебіг чи призвести до смерти (наприклад, гострий коронарний синдром (ГКС) із елевацією сегмента ST і гостре порушення мозкового кровообігу (ГКМП) за геморагічним типом).

Поєднані синдроми і/або хвороби – одночасно наявні у хворого синдроми та/або хвороби (з гострим або хронічним перебігом), взаємонезалежні за етіологією і патогенезом, кожне (-ні) з яких окремо або через своє (-ї) ускладнення не може (-уть) обтяжити його (їх) перебіг чи й призвести до смерти, але, збігаючись у часі виникнення і взаємно обтяжуючи одне одного, можуть обтяжити його (їх) перебіг або й призвести до смерти (наприклад, остеопорозний перелом хірургічної шийки стегна, гіпостатична пневмонія і ЦД 2-го типу, середньотяжкий перебіг, застійна СН і геморагійний інсульт).

Інтеркурентні синдроми і/або хвороби – виникнення гострого синдрому і/або гострої хвороби, етіологічно й патогенетично не асоційовані з певним (-и) наявним (-и) хронічним (-и) синдромом (-ами) чи хворобою (-ами) (наприклад, ІХС і гостра респіраторна вірусна інфекція).

Дистропії – рідкісні поєднання певних синдромів і/або хвороб у одному організмі (БА і туберкульоз легень, синдром такоцубо і варикозне розширення вен нижніх кінцівок).

Атропії – неможливі поєднання синдромів і/або хвороб у одному організмі (наприклад, лімфо- і мієлопроліферативні хвороби).

Вроджені ураження – генетичні синдром (-и) і/або хвороба (-и) організму та вади розвитку, що є в явній або прихованій формі у новонародженої дитини (синдром А. Марфана, вроджені вади серця):

1) спадкові – виникають унаслідок порушень у процесах збереження, передавання та реалізації генетичної інформації (наприклад, галактоземія);

2) неспадкові – виникають унаслідок внутрішньоутробного інфікування чи впливу інших чинників середовища під час вагітности матері;

3) залежно від періоду внутрішньоутробного розвитку, у який відбувся вплив певного хвороботворного чинника:

3.1) ембріопатії – ушкодження відбулося у період до восьми тижнів після зачаття (наприклад, аненцефалія, вроджений іхтіоз);

3.2) фетопатії – ушкодження відбулося у період від дев'яти тижнів від зачаття до моменту народження дитини (наприклад, алкогольний синдром плода, фетальний постінфекційний гепатит).

Набутий (-і) – синдром (-и) і/або хвороба (-и), які людина «набула» упродовж свого життя після народження:

1) невипадковий (мультифакторіальний) – синдром (-и) і/або хвороба (-и) з генетичною схильністю (наприклад, артеріальна гіпертензія (АГ) та ІХС);

2) випадковий – синдром (-и) і/або хвороба (-и), які «набуті» випадково упродовж життя (наприклад, хронічний панкреатит і хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ), набуті вади серця).

Так званий функціональний синдром (-и) і/або хвороба (-и) – морфологічні зміни в певних органах чи тканинах організму немає (наприклад, гастро-езофагальний рефлюкс і дискінезія жовчовивідних шляхів за гіперкінетичним типом, екстрасистолія).

Органічний (-і) синдром (-и) і/або хвороба (-и) – морфологічні зміни у певних органах чи тканинах організму, характерні для конкретної недуги (наприклад, хронічний гломерулонефрит і гепатит С, ІМ та ФП).

Функціонально-органічні – функціональні й органічні зміни в певних органах чи тканинах організму, характерні для конкретної хвороби (наприклад, хронічний гастродуоденіт із дуоденогастральним рефлюксом).

Гомотиповий – поєднання синдрому (-ів) і/або хвороби (-об) у межах одного органа і/або однієї системи організму (наприклад, депресія і дистимія, ІМ і перикардит).

Гетеротиповий – поєднання синдрому (-ів) і/або хвороби (-об), які ушкоджують різні органи і/або системи організму (наприклад, депресія і рак, ІМ і плеврит).

Одночасний (симультантний) – синдром (-и) і/або хвороба (-и), які виникають одночасно (наприклад, ожиріння і дисліпідемія, ІМ і ФШ).

Послідовні (консеквентні) (перше, наступне (-і): друге, третє...) – синдром (-и) і/або хвороба (-и), які виникають послідовно, одне за одним (наприклад, гепатит С і гломерулонефрит, ГХ і геморагійний інсульт).

Основне (-і) ураження – синдром (-ми) або нозологічна (-і) одиниця (-і), що або внаслідок ускладнень зумовлює (-ють) першочергову необхідність надання допомоги через найбільшу загрозу для життя і працездатности, або є причиною смерти хворого (наприклад, трансмуральний ІМ).

Другорядне (-і) ураження – синдром (-ми) або нозологічна (-і) одиниця (-і), що за важливістю не є першочерговим (-ми) для лікування, оскільки не становить (-лять) найбільшої загрози для життя і працездатности або не стали причиною смерти хворого (наприклад, анемія у разі некомпенсованого ЦП, шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) у хворого на ІМ).

Супутнє (-і) (несинтропічне (-і)) ураження – синдром (-и) або нозологічна (-і) одиниця (-і), яка не має спільних етіологічних і/або патогенетичних зв'язків з основним (-ими) синдромом (-ами) і/або хворобою (-ами), і мають іншу номенклатурну рубрифікацію (наприклад, ЖКХ зі супутнім ІМ).

Ускладнення – вторинні зміни, зі спільними генетично і/або етіологічно, і/або патогенетично асоційованим (-ими) з основним (-ими) синдромом (-ами) та/або хворобою (-ами) механізмами, які виникають унаслідок несприятливого перебігу хвороби як такої, можуть бути на певних етапах синдромом (-ами), а далі ставати окремою (-ими) хворобою (-ами) (наприклад, ІМ та кардіогенний шок) (у такому (-их) випадку (-ах) називатиметься (-уться) *синтропічним (-ими)*), передбачувані або ж непередбачувані, деколи як наслідки проведених діагностичних заходів чи лікування синдрому (-ів) і/або хвороби (-об)), за відсутности проведення якого (-их) це (-і) ускладнення не виникало (-и) б або його (їх) тяжкість була б значно меншою (наприклад, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу під час проведення езофагогастродуоденофіброскопії) (у такому (-их) випадку (-ах) називатиметься (-уться) *несинтропічним (-ими)*), які маніфестують якісно іншим (-ими) від традиційних проявів основного(-их) синдрому (-ів) і/або хвороби (-об) функціональним (-ими) та органічним (-ими) показником (-ами),який (-і) може (-уть), за певних умов погіршити перебіг недуги, а інколи стати причиною (-ими) смерти (наприклад, набряк легень як ускладнення ІМ):

1. 1) синдромні (наприклад, гепатолієнальний синдром унаслідок ЦП);

2) нозологічні (наприклад, жирова тромбоемболія легеневої артерії внаслідок перелому стегнової кістки);

2. 1) моноускладнення (кардіогенний шок унаслідок ІМ);
2) подвійне (дуальне) ускладнення (кардіогенний шок та виникнення аневризми аорти внаслідок ІМ);
3) поліускладнення (синдром В. Дреслера, аневризма аорти та атріовентрикулярна блокада ІІ ступеня внаслідок ІМ);

3. 1) безпосередні – виникають одразу після початку недуги (наприклад, повна АВ блокада внаслідок ІМ) або під час проведення операційного втручання (наприклад, інтраопераційна кровотеча, шок);
2) ранні – виникають у гострому періоді, на початковій стадії недуги (наприклад, гостра ниркова недостатність унаслідок опікової хвороби) або в ранній післяопераційний період (наприклад, післяопераційний абсцес, синдром В. Дреслера);
3) пізні – виникають не в гострому періоді чи на початковій стадії недуги, а на наступних етапах її перебігу, переважно впродовж одного–п’яти років після її початку (наприклад, посттравматичні рубцеві контрактури суглобів, післявиразкова рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки) чи проведеної операції (наприклад, післяопераційні нориці);
4) віддалені – виникають щонайменше через п’ять років від часу виникнення недуги (наприклад, віддалені наслідки променевої хвороби) чи проведеної операції (наприклад, постгастрорезекційна хвороба);

4. 1) зі з’ясованим механізмом виникнення (наприклад, набряк легень унаслідок ІМ);
2) зі ще достовірно не з’ясованим механізмом виникнення (наприклад, мігренозний (-а) інфаркт/ішемія);

5. 1) т. зв. функціональні (наприклад, післяопераційний гастроезофагальний рефлюкс);
2) органічні (наприклад, синдром В. Дреслера);
3) функціонально-органічні (наприклад, післявакцинальні ускладнення);

6. 1) гомотипові (наприклад, ІМ і ФШ);
2) гетеротипові (наприклад, діабетна полінейропатія у хворих на ЦД);

прогнозоване ураження внутрішніх органів – синдром (-и), хвороба (-и)/ ускладнення (-нь), прогноз якого (-их) є передбачуваним (позитивний прогноз – поліпшення стану або одужання, негативний прогноз – погіршення стану або смерть);

непрогнозоване – прогноз синдрому (-ів), хвороби (-об)/ ускладнення (-нь) невідомий або ж його (їх) перебіг неможливо спрогнозувати.

Як **приклади** формулювання **діагнозів** можна навести декілька зразків відповідно до наведеної класифікації.

1. Моноураження:

«Синдром такоцубо: кардіальгійний варіант; хронічна серцева недостатність (ХСН): I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (фракція викиду (ФВ) 52,0%); ФК I за New York Heart Association (NYHA)»

«Бронхіт: гострий; дихальна недостатність (ДН): 0–I ступеня».

2. Коморбідні ураження:

а) біморбідні синтропічні:

- «БА (персистивна, середньої тяжкости, фаза нестійкої ремісії; ДН: за обструктивним типом, II ступеня); кропив'янка (алергійна (IgE-залежна), медикаментозна (на аспірин), гострий перебіг, генералізована, середнього ступеня тяжкости)); ФКХ II»;
- «ГХ (III стадія (ІМ із зубцем Q (22. 09. 2015 р.) по передньоперегородково-верхівково-бічній стінці ЛШ); 2-й ступінь (04.07. 2018 р.), 1-й ступінь (07.07.2018 р.); ризик III); ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК III за NYHA».

б) поліморбідні синтропічні хвороби (нозології):

- «Тироїдит (автоімунний, гіпотироз, фаза декомпенсації); СЧВ (активна фаза, активність I ступеня; з ураженням шкіри та придатків (дифузна алопеція), суглобів (поліартрит (із переважним ураженням дрібних суглобів кистей, колінних, кульшових суглобів), Rtg-стадія I-II; функціональна недостатність суглобів (ФНС) I), судин (синдром А. Г. М. Рейно), імунологічними (ANA*, antidsDNA-positiv**) порушеннями, із синдромом «сухого ока» обох очей); первинний біліарний ЦП (II стадія; 2-й ступінь ушкодження печінки (печінково-клітинна недостатність II); із ураженням центральної нервової системи (печінкова енцефалопатія II ступеня), системи гемостазу (коагулопатія 2-го ступеня); швидкий, хвилеподібний перебіг із негативною динамікою); ФКХ III».

Примітки: * – антинуклеарні антитіла; ** – ДНК позитивний.

- «Хронічна ревматична хвороба серця (активна фаза, II ступінь активности; мітральний стеноз (МС) (II стадія)); інфекційний ендокардит (ІЕ): вторинний, МК; екстрасистолія: шлуночкова, 3-й клас за B. Lown I M. Wolf; ХСН (IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК II за NYHA (15.09.2020 р.), ФК I за NYHA (19.09.2020 р.))».

в) поліморбідні синтропічні синдроми (хвороби):

- «ЦП: токсико-аліментарної етіології; 2-й ступінь ушкодження печінки (печінково-клітинна недостатність); ускладнений гепато-ренальним синдромом II типу, гепато-пульмональним, гепато-лієнальним синдромами; швидкий, хвилеподібний перебіг із негативною динамікою; функціональний клас цирозного хворого (ФКЦХ) II»;

- «ДКМП: змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії (ЛА) (легенева артеріальна гіпертензія (ЛАГ): хронічна, II ступінь, ФК III за ВООЗ*); ХСН: ІІБ стадія; із

систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК IV за NYHA (25.08.2018 р.), ФК III за NYHA (03.09.2018 р.)».

Примітка. * – Всесвітня організація охорони здоров'я.

г) біморбідні несинтропічні нейтропічні конкурентні:

- «ІХС (ГКС, із елевацією сегмента ST, передньоперегородковий (18.08.2015 р.)); гостра серцева недостатність (ГСН) (клас II за T. Killip); ХСН (IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA); ГПМК (21.08.2015 р., за геморагійним типом у басейні правої середньомозкової артерії, з лівобічним спастичним геміпарезом, поодинокими вторинно-генералізованими судомними нападами); ФКХ IV»;

д) поліморбідні несинтропічні нейтропічні поєднані:

- «Перелом (хірургічної шийки правого стегна, у базальній ділянці, без зміщення, неускладнений (14.04.2015 р.)); пневмонія (вторинна (гіпостатична); нозокоміальна; вогнищева, нижньочасткова, двобічна; клінічна група III; ДН: за рестриктивним типом, III ступеня); ЦД (II тип, вторинно-інсулінозалежний, тяжка форма, стадія медикаментозної субкомпенсації, діабетна стопа, ішемічна форма); ФКХ II»;
- «ІХС (нестабільна стенокардія, тяжкість якої наростає (22.02.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (26.02.2019 р.), ФК III); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, МС (II стадія); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %)».

е) біморбідні несинтропічні нейтропічні інтеркурентні: «ІХС (дифузний кардіосклероз; ХСН: II А стадія; зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ 55,0 %); II ФК за NYHA); гостра респіраторна інфекція (вірусна; середньотяжкий перебіг; ДН: за змішаним типом, I ступеня); ФКХ II».

2. F.45.3 Нейроциркуляційна дистонія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

F00–F99. Клас V. Розлади психіки та поведінки

F40–F48. Невротичні, спричинені стресом, і соматоформні розлади

F45 Соматоформні розлади

F45.3 Соматоформні вегетативні дисфункції

Нейроциркуляційна астенія

2. Класифікація нейроциркуляційної дистонії

(Е. В. Андрущенко, Е. А. Красовська, 1990)

І. Клінічні типи:

1. Гіпертензивний (супроводжується підвищенням артеріального тиску (АТ).
2. Гіпотензивний (супроводжується зниженням АТ).
3. Кардіальний (характерний біль у ділянці серця і/або серцебиття, наростання частоти серцевих скорочень (ЧСС), відчуття браку повітря, задишка).

ІІ. Ступінь тяжкости:

1. Легкий (працездатність збережена, послаблена толерантність до фізичних навантажень, потреби вживати лікарські засоби зазвичай немає).
2. Середньої тяжкости (наявні численні симптоми, знижена або тимчасово втрачена працездатність, потрібно вживати лікарські засоби).
3. Тяжкий (часті вегетативно-судинні кризи, працездатність різко знижена або втрачена).

ІІІ. Період:

1. Загострення (наявні суб'єктивні та об'єктивні симптоми).
2. Ремісія неповна (значне зменшення суб'єктивних і об'єктивних симптомів).
3. Ремісія повна (немає суб'єктивних і об'єктивних симптомів).

Примітка. Потрібно також зазначати й інші найважливіші функціональні синдроми, наявність, частоту і тяжкість перебігу вегетативних кризів.

3. Класифікація нейроциркуляційної дистонії
(IV національний з'їзд кардіологів України, 1993)

I. За домінуючим клінічним синдромом:

1. Кардіальгійний (характеризується болем різної інтенсивности й тривалости в ділянці серця. Розрізняють п'ять типів больових відчуттів: 1 – постійно ниє або щемить у ділянці серця; 2 – інтенсивне й тривале відчуття пекучости в перикардіальній ділянці; 3 – інтенсивний біль у ділянці серця, який поширюється по всій грудній клітці, виникає раптово у вигляді нападів; 4 – нетривалий біль, спровокований емоціями, минає після вживання валідолу; 5 – біль, асоційований із фізичним навантаженням, часто трактується як стенокардія).
2. Гіперкінетичний (характеризується підвищенням АТ).
3. Невротичний (характеризується нетерплячістю, непосидющістю, порушенням сну, дратівливістю, послабленням самовладання).
4. Аритмічний (відчуття серцебиття, екстрасистолії, тахікардії – часто після фізичного навантаження, вживання їжі, перебування у вертикальному положенні).
5. Респіраторний (задишка, диспное, відчуття браку повітря, неповноцінного або утрудненого вдиху, незадоволеність видихом, бажання і потреба періодично робити глибокий вдих).
6. Астенічний (підвищена стомлюваність, неспроможність тривалого розумового й фізичного напруження).

II. За ступенем тяжкости:

1. Легкий (I ступінь)*.
2. Середньої тяжкости (II ступінь)**.
3. Тяжкий (III ступінь)***.

III. За характером перебігу:

1. Лабільний (стан хворого нестійкий, може швидко змінюватись під впливом зовнішніх і/або внутрішніх подразників).
2. Латентний (стан хворого характеризується об'єктивними проявами і не маніфестується суб'єктивно).
3. Стабільний (стан хворого стійкий, тривалий час незмінний під впливом зовнішніх і/або внутрішніх подразників).

IV. За фазою:

1. Загострення (наявні прояви).
2. Ремісії (проявів немає).

Примітки:

* – **I ступінь тяжкости (легкий перебіг).** Незначна кількість скарг, симптоми слабко виражені. Кризових станів і невротичних симптомів немає. Здатність витримувати фізичні навантаження задовільна або добра. Хворі працездатні й не потребують медикаментозного лікування;

** – **II ступінь тяжкости (перебіг середньої тяжкости).** Численні скарги і симптоми. Розгорнута картина клінічних ознак нейроциркуляційної дистонії: характерні дихальні розлади, виражена тахікардія за емоційного або фізичного навантаження, лабільність АТ,

наявність вегетативно-судинних кризів. Спостерігається невротизація, хворі погано переносять інтелектуальні навантаження. Істотно знижується толерантність до фізичного навантаження (під час велоергометрії (ВЕМ) більш ніж на 50,0 %). Хворі зазвичай потребують медикаментозного лікування;

*** – **ІІІ ступінь тяжкости (тяжкий перебіг).** У хворих численні клінічні симптоми, що характеризуються значною вираженістю і стійкістю. Майже в усіх хворих спостерігаються зміни фази реполяризації на електрокардіограмі (ЕКГ), розлади ритму й автоматизму. Різко знижена фізична працездатність під час ВЕМ. Працездатність різко знижена або втрачена. Хворі потребують постійного медикаментозного лікування.

4. Клінічно-патогенетичні форми вегетативно-судинних кризів
(В. Лук'янчикова, 1995)

1. Симпатоадреналовий: часто розпочинається раптово, характеризується підвищенням АТ (навіть понад 200/120 мм рт. ст.) і ЧСС (120–150/хв, інколи більше), відчуття «перебоїв» у роботі серця, озноб, блідість шкіри і видимих слизових оболонок, часто завершується значним сечовипусканням.
2. Вагоінсулярний (парасимпатичний): зумовлений значним збільшенням вмісту інсуліну у крові, супроводжується сильною пітливістю, загальною слабістю, зниженням АТ, відчуттям жару в усьому тілі, сповільненням пульсу.
3. Істероподібний (синкопо-тетанічний): характерні демонстративні емоційні реакції (сльози, сміх, крик), інколи втрата чутливости, потьмарення свідомости.
4. Вестибулопатичний: характерні запаморочення, порушення рівноваги, можлива нудота з блюванням, послаблюється гострота слуху, з'являється шум у вухах.
5. Мігренеподібний (кластеричний): періодичний пульсуючий біль голови переважно з одного боку.
6. Псевдоадісонічний: характерна артеріальна гіпотензія з ортостатичними колапсами, виражена м'язова слабість.
7. Змішаний.

5. Класифікація нейроциркуляційної дистонії
(В. І. Маколкін, 1999)

І. Етіологічні форми:
1. Психогенна (невротична): часті стреси, незадовільні соціально-побутові умови.
2. Інфекційно-токсична: наявність хронічних вогнищ інфекції, паразитарної інвазії.
3. Зумовлена фізичним перенапруженням: порушення режиму сну та відпочинку, значні фізичні перевантаження.
4. Зумовлена фізичними або професійними чинниками (переохолодження, перегрівання тощо).

5. Есенціальна (спадково-конституційна).
6. Змішана.

II. Клінічні синдроми:

1. Кардіальний:
   - кардіальгійний (біль у ділянці серця, різний за інтенсивністю і тривалістю);
   - тахікардійний (характеризується підвищенням ЧСС);
   - брадикардійний (характеризується зниженням ЧСС);
   - аритмічний (відчуття «перебоїв» у роботі серця, екстрасистолія, пароксизмальна тахікардія);
   - гіперкінетичний (супроводжується підвищенням АТ);
   - міокардіодистрофія (посилена втомлюваність, можлива помірна задишка під час фізичного навантаження, інколи тахікардія, порушення серцевого ритму);
   - змішаний.
2. Вазомоторний (вегетативно-судинна дистонія):
   - церебральний (мігрень, зомління, вестибулярні кризи, біль голови тощо);
   - периферійний (синдром М. Рейно, акропарестезії, трофоангіоневроз тощо).
3. Астеноневрозний (дратівливість, що змінюється байдужістю, порушення сну, посилена втомлюваність).
4. Порушення терморегуляції (підвищення або зниження температури тіла залежить від емоційних і фізичних навантажень, але не поєднується з ендокринно-обмінними порушеннями, немає змін у клінічних аналізах).
5. Респіраторні розлади (відчуття недостатньо глибокого вдиху, задишка).
6. Шлунково-кишкові розлади (підвищена салівація, утруднене проходження їжі стравоходом, аерофагія, нудота, блювання, діарея, больові відчуття у животі різної локалізації та інтенсивности).
7. Статева дисфункція (гормональний дисбаланс, еректильна дисфункція, порушення овариоменструального циклу).

III. Вегетативні кризи:

1. Вагоінсулярний (зниження АТ та ЧСС, почервоніння шкіри, загальна слабість).
2. Симпатоадреналовий (підвищення АТ і ЧСС, блідість шкіри, часте сечовипускання).
3. Змішаний.

IV. Фази:

1. Загострення (наявні суб'єктивні та об'єктивні симптоми).
2. Ремісія (симптомів немає).

V. Ступені тяжкости:

1. Легкий*.

2. Середньої тяжкости**.
3. Тяжкий***.

Примітки:

* – хворі з **легким ступенем тяжкости** висловлюють небагато скарг (3–6), симптоми хвороби виражені слабко. Кризів немає. Підвищення АТ і тахікардії епізодичні та є наслідком психоемоційних або фізичних перевантажень. Хворі працездатні;

** – хворі з **середнім ступенем тяжкости** мають поліморфні численні скарги та симптоми (7–16). Спостерігається значна лабільність АТ та пульсу (схильність до тахікардії – пульс 110–120 уд./хв. Фіксують емоційну лабільність, значне зниження порога фізичного та психоемоційного навантаження. Інколи хворі потребують переведення на іншу роботу;

*** – **тяжкий перебіг** (третій ступінь тяжкости) характеризується численними і стійкими клінічними проявами (понад 16 скарг і симптомів). Майже у всіх випадках спостерігаються різні кризи (здебільшого симпатоадреналові), стійка тахікардія (пульс часто 120 уд./хв і більше), виражений астеноневротичний синдром. Толерантність до фізичного та психоемоційного навантаження різко знижена. Працездатність суттєво обмежена.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Нейроциркуляційна дистонія (НЦД)?».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «НЦД».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1.Попередній діагноз:
   «НЦД».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «НЦД: зумовлена фізичним перенапруженням, гіперкінетичний і кардіальний синдроми, I ступінь тяжкости, лабільний перебіг, фаза загострення, симпатоадреналовий криз (22.08.2020 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «F45.3 НЦД: зумовлена фізичним перенапруженням, гіперкінетичний і кардіальний синдроми, I ступінь тяжкости, лабільний перебіг, фаза загострення, симпатоадреналовий криз (22.08.2020 р.)».

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Екстрасистолія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Екстрасистолія (передсердна)».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «НЦД: психогенна форма, кардіальний синдром».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«НЦД: психогенна форма, кардіальний синдром, II ступінь тяжкости, лабільний перебіг, фаза загострення».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«F45.3 НЦД: психогенна форма, кардіальний синдром, II ступінь тяжкости, лабільний перебіг, фаза загострення».

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«НЦД?».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«НЦД».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«НЦД: есенціальна форма, гіперкінетичний і кардіальний синдроми, фаза загострення».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«НЦД: есенціальна форма, гіперкінетичний і кардіальний синдроми, III ступінь тяжкости, стабільний перебіг, фаза загострення».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«F45.3 НЦД: есенціальна форма, гіперкінетичний і кардіальний синдроми, III ступінь тяжкости, стабільний перебіг, фаза загострення».

3. I05–I08, I34–I39 Набуті вади серця

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I05–I09 Хронічні ревматичні хвороби серця
I05 Ревматичні хвороби МК
- I05.0 МС
- I05.1 Ревматична мітральна недостатність
- I05.2 МС із недостатністю
- I05.8 Інші хвороби МК
- I05.9 Хвороба МК, неуточнена

I06 Ревматичні хвороби КА
- I06.0 Ревматичний стеноз КА
- I06.1 Ревматична недостатність КА
- I06.2 Ревматичний стеноз із недостатністю КА
- I06.8 Інші ревматичні хвороби КА
- I06.9 Ревматична хвороба КА, неуточнена

I07 Ревматичні хвороби ТК
- I07.0 Стеноз ТК
- I07.1 Недостатність ТК
- I07.2 Стеноз із недостатністю ТК
- I07.8 Інші хвороби ТК
- I07.9 Хвороба ТК, неуточнена

I08 Ураження декількох клапанів
- I08.0 Хвороби МК і КА
- I08.1 Хвороби МК і ТК
- I08.2 Хвороби ТК і КА
- I08.3 Комбіновані порушення МК, ТК і КА
- I08.8 Інші множинні хвороби серцевих клапанів
- I08.9 Множинна хвороба серцевого клапана, неуточнена

I34 Неревматичні ураження МК
- I34.0 Недостатність МК
- I34.1 Пролабування МК
- I34.2 Неревматичний МС (клапанний)
- I34.8 Інші ураження МК неревматичного походження
- I34.9 Неревматичне ураження МК, неуточнене

I35 Неревматичні ураження КА
- I35.0 Аортальний (клапанний) стеноз
- I35.1 Аортальна (клапанна) недостатність
- I35.2 Аортальний (клапанний) стеноз із недостатністю
- I35.9 Порушення КА, неуточнене

I36 Неревматичні ураження ТК
- I36.0 Неревматичний тристулковий (клапанний) стеноз
- I36.1 Неревматична тристулкова (клапанна) недостатність
- I36.2 Неревматичний тристулковий (клапанний) стеноз із недостатністю
- I36.8 Інші неревматичні порушення ТК
- I36.9 Неревматичне порушення ТК, неуточнене

I37 Ураження клапана легеневого стовбура
- I37.0 Стеноз клапана легеневого стовбура
- I37.1 Недостатність клапана легеневого стовбура
- I37.2 Стеноз клапана легеневого стовбура з недостатністю
- I37.8 Інші ураження клапана легеневого стовбура
- I37.9 Ураження клапана легеневого стовбура, неуточнене

2. Класифікація набутих вад серця
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Відповідно до клінічного перебігу та хірургічної тактики:

1. Ізольований стеноз або **комбінована вада з перевагою стенозу.**

Хірургічна тактика в обох випадках однакова, а діагностика невеликої супутньої недостатности клапана за наявности стенозу часто утруднена.

2. Комбіновані вади без чіткої переваги.

За клінічно-інструментальними показниками визначають як стеноз, так і недостатність клапана, операцію збереження клапана або протезування клапана обирають індивідуально.

3. Ізольована недостатність або **комбінована вада з перевагою недостатности.**

Якщо потрібна операція, то більшості хворих здійснюють протезування клапана, а якійсь частині – різні варіанти пластичних операцій.

I. Етіологія: ревматична, неревматична (з уточненням).
II. Локалізація (клапан): МК, КА, ТК, легеневої артерії (ЛАК).
III. Характер ураження клапана: стеноз, недостатність, комбінована* вада.
IV. Стадія вади.
V. ХСН**: 0–III стадія; ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – комбіновані – стеноз і недостатність щодо одного клапана; поєднані – ураження кількох клапанів; ** – класифікації ХСН (див. додаток 1):

**1. Класифікація хронічної серцевої недостатности
(М. Д. Стражеско, В. Х. Василенко, 1935)

I стадія (початкова, прихована): виявляється лише під час фізичного навантаження (задишка, тахікардія, втомлюваність); у спокої гемодинаміка, функції органів не порушені;

ІІ стадія (виражена, тривала): порушення гемодинаміки (застій у малому й великому колі кровообігу), порушення функції органів і обміну речовин виражені у спокої:

- період А (початок тривалої стадії) – порушення гемодинаміки виражене помірно; фіксується порушення функції серця або лише якогось із його відділів;
- період Б (кінець тривалої стадії) – глибокі порушення гемодинаміки, уражається уся ССС;

ІІІ стадія (кінцева, дистрофійна) – дистрофійна недостатність кровообігу; тяжке порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин і функцій органів, необоротні зміни структури тканин і органів.

2. Класифікація хронічної серцевої недостатности відповідно до фракції викиду лівого шлуночка

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

- Із систолічною дисфункцією ЛШ : ФВ ЛШ <40,0 %.
- Із проміжними показниками ФВ ЛШ 40,0–49,0 %.
- Зі збереженою систолічною функцією ЛШ: ФВ ЛШ ≥50,0 %.

3. Функціональні класи кардіологічних хворих

(Нью-Йоркська асоціація серця (New York Heart Association – NYHA), 1964)

ФК І – хворі, у яких виконання звичайних фізичних навантажень не провокує задишку, втому чи серцебиття;

ФК ІІ – хворі з помірним обмеженням фізичної активности; задишка, втома, серцебиття спостерігаються під час виконання звичайних фізичних навантажень;

ФК ІІІ – хворі з вираженим обмеженням фізичної активности; у стані спокою скарг немає, але навіть під час незначних фізичних навантажень виникають задишка, втома, серцебиття;

ФК ІV – хворі, у яких будь-яка фізична активність спричинює зазначені вище суб'єктивні симптоми; останні виникають і в стані спокою.

4. Стадії набутих вад серця

(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

Стадія	Мітральний стеноз	Мітральна недостатність	Аортальний стеноз	Аортальна недостатність
1	2	3	4	5
І	Компенсації	Компенсації	Повної компенсації	Повної компенсації
ІІ	Легеневого застою	Субкомпенсації	Прихованої СН	Прихованої СН

1	2	3	4	5
III	Правошлуночкової недостатности	Правошлуночкової декомпенсації	Відносної коронарної недостатности	Декомпенсації
IV	Дистрофійна	Дистрофійна	Виразної лівошлуночкової недостатности	Декомпенсації
V	Термінальна	Термінальна	Термінальна	Термінальна

3.1. I05.0, I34.2 Мітральний стеноз

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Стадії мітрального стенозу
(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

І стадія – компенсації. Скарг немає, але виявляються ознаки МС під час аускультації, фонокардіографії (ФКГ) та ехокардіографії (ЕхоКГ). На ЕКГ – лише ознаки перевантаження лівого передсердя (ЛП) – p-mitrale; рентгенологічно – помірне збільшення ЛП і легеневої артерії (ЛА). На ЕхоКГ площа мітрального отвору (ПМО) понад 2,0 см^2. Хірургічне лікування не рекомендовано.

ІІ стадія – легеневого застою. Скарги на задишку під час фізичного навантаження. З'являються ознаки гіпертензії у малому колі кровообігу. Часто виникають ускладнення – кровохаркання, напади ядухи, набряк легень. Працездатність обмежена. Правошлуночкової компенсації немає. Під час аускультації, ФКГ – ознаки МС; акцент ІІ тону над ЛА). Рентгенологічно – збільшення ЛП, ЛА, легеневий застій. На ЕКГ – P-mitrale. На ЕхоКГ ПМО 1,5–2,0 см^2, паралельний і П-подібний рух стулок МК. Хірургічне лікування не рекомендовано.

ІІІ стадія – правошлуночкової недостатности. Стійка гіпертензія у малому колі кровообігу. Унаслідок перевантаження правого шлуночка (ПШ) наростає його недостатність. Склерозування легеневих судин, уповільнення легеневого кровоплину зменшують частоту виникнення або зникнення нападів серцевої астми, набряку легень. Попередні об'єктивні показники доповнюються більшою вираженістю задишки, блідістю шкіри, ціанозом, ознаками правошлуночкової декомпенсації, підвищенням венозного тиску. Фіксують значне розширення порожнин ПШ та правого передсердя (ПП), ЕКГ-ознаки правошлуночкової гіпертрофії. На ЕхоКГ ПМО становить 1,0–1,5 см^2. Хірургічне лікування рекомендовано.

IV стадія – дистрофійна. Виявляється помітними ознаками порушення кровообігу в малому та великому колах, вираженість яких до певної міри зменшується на короткий термін під впливом лікування. Посилюються склерозні зміни в легеневих судинах. Розширення ПШ призводить до дилятації фіброзного кільця ТК з подальшим формуванням його відносної недостатности. Розлади периферійного кровообігу, гіпоксія призводять до уражень паренхіматозних органів. Ознакою цієї стадії є порушення ритму, насамперед ФП, що погіршує гемодинаміку. Клінічні, ФКГ, ЕКГ, ЕхоКГ та рентгенологічні дослідження визначають наростання патологічних змін, порушення функції нирок, печінки. На ЕхоКГ виявляють кальциноз клапана, тромбоз ЛП. Хірургічне лікування можливе.

V стадія – термінальна. Необоротні розлади кровообігу. Характерні трофічні розлади, кардіомегалія, наявність шуму під час аускультації, що зумовлюється дилятацією фіброзних кілець, порушення ритму. Хворі не живуть довго. Хірургічне лікування не рекомендовано.

2. Ступені тяжкости мітрального стенозу
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Показники	Ступені тяжкости мітрального стенозу		
	Легкий	Помірний	Тяжкий
Специфічні знахідки			
ПМО, см^2	>1,5	1,0–1,5	<1,0
Допоміжні знахідки			
Середній градієнт тиску, мм Hg*	<5,0	5,0–10,0	>10,0
Систолічний тиск в ЛА, мм Hg	<30,0	30,0–50,0	>50,0

Примітка. * – за умови ЧСС 60–80 у синусовому ритмі.

3. Оцінка ступеня тяжкости мітрального стенозу
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Класифікація мітрального стенозу за ступенями тяжкости	Площа мітрального отвору, см^2	Трансмітральний градієнт тиску, мм рт. ст.
Легкий	>2,5	<5,0
Помірний	1,5–2,0	5,0–10,0
Тяжкий (критичний)	<1,0	>10,0

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Хронічна ревматична хвороба серця».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Хронічна ревматична хвороба серця: комбінована мітральна вада з переважанням стенозу; ХСН*: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Хронічна ревматична хвороба серця: комбінована мітральна вада з переважанням стенозу (IV стадія); ФП**: постійна форма, тахісистолічний варіант (21.02.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Хронічна ревматична хвороба серця: комбінована мітральна вада з переважанням стенозу (IV стадія); ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант (21.02.2018 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 5 балів, HAS – BLED 1 бал; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I05.2 Хронічна ревматична хвороба серця: комбінована мітральна вада з переважанням стенозу (стеноз IV стадії, недостатність мітрального клапана II стадії); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (21.02.2018 р.), нормосистолічний варіант (24.02.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 1 бал); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікація ФП (див. додаток 2).

1. Клінічні типи фібриляції передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	Опис
1	2
Уперше діагностована ФП	ФП, що її не діагностовано раніше, незалежно від тривалости аритмії чи тяжкости спровокованих нею симптомів

1	2
Пароксизмальна ФП	ФП, що самостійно припиняється переважно до 48 год. Деякі пароксизми можуть тривати до семи діб, а епізоди ФП знімаються кардіоверсією
Персистентна ФП	ФП, що триває більш ніж сім днів, включаючи епізоди, які знімаються після кардіоверсії або медикаментозно через сім діб чи більше
Тривало-персистентна ФП	Тривалий епізод ФП понад один рік, за умови вибору стратегії контролю ритму
Постійна ФП	ФП, коли спільно (хворий і лікар) вирішили не намагатися відновлювати синусовий ритм. Відповідно не потрібно проводити інтервенційні втручання, спрямовані на контроль ритму. Однак якщо рішення приймається на користь стратегії контролю ритму, то аритмію слід класифікувати як тривало персистентну ФП

2. Клінічна класифікація фібриляції передсердь
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	**Клінічні ознаки**	**Можливі патофізіологічні механізми**
1	2	3
Вторинна ФП у хворих зі структурними хворобами серця	ФП у хворих із систолічною або діастолічною дисфункцією ЛШ, тривалою АГ з гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ) і/або іншими структурними хворобами серця	Підвищений тиск у передсердях і їх структурне ремоделювання, а також активація симпатоадреналової і ренінангіотензинової систем
Фокусна ФП	Хворі з повторними передсердними пароксизмами, короткими епізодами пароксизмальної ФП. Часто хворі з клінічними симптомами ФП і хворі молодого віку	Локалізовані тригери, які здебільшого виникають у легеневих венах, ініціюють ФП
Полігенна ФП	ФП у хворих із носіями загальних варіантів генів, спричинених ранньою появою ФП	Нині їх вивчають

1	2	3
Післяопераційна ФП	Виникнення ФП після великої операції (переважно на серці) у хворих із синусовим ритмом до операції і без анамнезу ФП	Гострі чинники: запалення, оксидативний стрес у передсердях, високий симпатичний тонус, диселектролітемія і перевантаження об'ємом крови
ФП у хворих із МС або протезами клапанів серця	ФП у хворих із МС після операції на МК та на інших клапанах серця	Високий тиск у ЛП (стеноз) і перевантаження об'ємом крови (регургітація)
ФП у спортсменів	Зазвичай пароксизм є наслідком тривалого й інтенсивного тренування	Підвищений вагусний тонус і збільшений об'єм передсердь
Моногенна ФП	ФП у хворих зі спадковими КМП та каналопатіями	Аритмогенні механізми, що призводять до раптової смерти

3. Класифікація фібриляції передсердь за модифікованою шкалою
(Європейська асоціація серцевого ритму (European Heart Rhythm Associaton – **EHRA**) /
Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Модифікований клас за шкалою EHRA (Європейська асоціація серцевого ритму)	**Симптоми**	**Характеристика**
1	Немає	ФП не провокує появу будь-яких симптомів
2a	Легкі	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП
2b	Помірні	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП, однак хворих турбує можливість їх появи
3	Виражені	Звичайна повсякденна активність призводить до появи симптомів ФП
4	Інвалідизуючі	Звичайна повсякденна активність неможлива

4. Шкала оцінювання ризику тромбоемболійних ускладнень у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь (CHA_2DS_2-VASc)

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь, Наказ МОЗ України від 16.06.2016 р. № 597)

Критерії	Бали
Інсульт, транзиторна ішемічна атака (ТІА) або артеріальна тромбоемболія в анамнезі	2
Вік 75 років і більше	2
АГ	1
ЦД	1
Застійна СН / дисфункція ЛШ (ФВ <40,0 %)	1
Судинна хвороба (ІМ в анамнезі, периферійний атеросклероз, атеросклерозні бляшки в аорті)	1
Вік 65–74 роки	1
Жіноча стать	1

Примітка. Шкала CHA_2DS_2-VASc – простий клінічний інструмент для прогнозування ішемічного інсульту й системного тромбоемболізму у хворих з ФП/ТП, вказує на доцільність застосування непрямих антикоагулянтів/антиромбоцитарного лікування – Congestive heart failure (хронічна серцева недостатність), 1бал; Hypertension (гіпертонія), 1 бал; Age (вік понад 75 років), 2 бали; Diabetes mellitus (цукровий діабет), 1 бал; Stroke (інсульт/ ТІА / артеріальна тромбоемболія в анамнезі), 2 бали; Vascular disease (хвороби судин: ІМ в анамнезі, атеросклероз аорти), 1 бал; Age (вік 65–74 роки), 1 бал; sex category (стать жіноча), 1 бал. Шкала є вдосконаленим варіантом шкали CHA_2DS_2 внаслідок додавання загальновідомих чинників ризику (ЧР) інсульту.

Ризик тромбоемболійних ускладнень за сумою балів за шкалою CHA_2DS_2-VASc

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

0 балів	0 % за рік
1 бал	1,3 % за рік
2 бали	2,2 % за рік
3 бали	3,2 % за рік
4 бали	4,0 % за рік
5 балів	6,7 % за рік
6 балів	9,8 % за рік
7 балів	9,6 % за рік
8 балів	6,7 % за рік
9 балів	15,2 % за рік

5. Шкала оцінювання ризику кровотечі у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь (HAS-BLED)

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь, Наказ МОЗ України № 597 від 16.06.2016 р.)

АГ (систолічний АТ (САТ) >160 мм рт. ст.). 1 бал

Порушення функції нирок (постійний гемодіаліз, трансплантація нирки, або креатинін >200,0 мкмоль/л). 1 бал

Порушення функції печінки: хронічні хвороби печінки (наприклад, цироз печінки) або біохімічні ознаки значного ураження печінки (показник білірубіну удвічі вищий ніж верхня межа норми в поєднанні з підвищенням активности аспартатамінотрансферази (АсТ) й аланінамінотрансферази (АлТ) та лужної фосфатази (ЛФ) – втричі щодо верхньої межі норми). 1 бал

Інсульт (підтверджений інсульт у анамнезі). 1 бал

Кровотеча (кровотеча в анамнезі, геморагійний діатез або анемія). 1 бал

Нестійке міжнародне нормалізаційне співвідношення (МНВ): нестабільне або високе МНВ чи відхилення від референтних показників більш ніж 40,0 % часу. 1 бал

Похилий вік (65 років і більше). 1 бал

Лікарські засоби (застосування ЛЗ, що підвищують ризик кровотеч, таких як антикоагулянти, нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НПЛЗ)). 1 бал

Алкоголь (8 склянок алкогольних напоїв і більше за тиждень). 1 бал

Примітка. HAS – BLED – акронім від Hypertension (гіпертонія), 1 бал ; Abnormal renal-liver function (порушення печінково-ниркової функції), 1бал; Stroke (інсульт), 1 бал; Bleeding history or predisposition (кровотеча в анамнезі), 1 бал; Labil international normalized ratio (нестабільний міжнародний нормалізаційний індекс), 1 бал; Eldery (вік понад 65 років), 1 бал; Druds or alcohol concomitantly (вживання лікарських засобів чи алкоголю), 1 бал.

Ризик кровотечі вважається високим, якщо за шкалою HAS – BLED є три бали і більше.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Ревматична лихоманка».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Ревматична лихоманка; екстрасистолія (шлуночкова); ХСН*: ІІА стадії».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Ревматична лихоманка: МС (ІІ стадія); екстрасистолія** (шлуночкова); ХСН: ІІА стадія; із проміжним показником ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Ревматична лихоманка: активна фаза, II ступінь активности; МС (II стадія); екстрасистолія: шлуночкова, 3-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIA стадія; із проміжним показником ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I01.0 Ревматична лихоманка: активна фаза, II ступінь активности; МС (II стадія); екстрасистолія: шлуночкова, 3-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIA стадія; із проміжним показником ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA (25.09.2019 р.), ФК II за NYHA (30.09.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікація ШЕ (див. додаток 3).

Клінічна систематизація шлуночкових порушень ритму
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Критерії систематизації	**Систематизація**
1	2
I. Кількість, морфологія і градація шлуночкової екстрасистолії (за B. Lown і M. Wolf, 1971)	0 – відсутність ШЕ 1 – поодинокі, мономорфні (до 30/год) 2 – часті, монотопні (понад 30/год) 3 – поліморфні 4А – парні ШЕ 4Б – «пробіжки» ШТ із трьох комплексів і більше 5 – ранні («R на T») ШЕ
II. Тривалість пароксизму ШТ	• «Пробіжка» ШТ – 3–5 послідовних шлуночкових комплексів • Нестійка ШТ – 6 послідовних шлуночкових скорочень тривалістю до 30,0 с і частота шлуночкових скорочень (ЧШС) >100 уд./хв і більше (тривалість циклу <600,0 мс), що минає самостійно • Стійка ШТ – тривалість >30,0 с і/або така ШТ, що потребує корекції через порушення гемодинаміки
III. Характер змін на ЕКГ під час пароксизму ШТ	• Мономорфна ШТ – з однорідною ЕКГ-морфологією комплексу • Поліморфна ШТ – з нестабільною або поліморфною ЕКГ-морфологією комплексу QRS, тривалістю циклу 600–180 мс

1	2
	• Тахікардія re-entry з блокадою ніжки пучка В. Гіса – ШТ за механізмом re-entry зі залученням системи В. Гіса – Я. Е. Пуркіньє, зазвичай із морфологією блокади ЛНПГ (переважно фіксують у хворих із КМП) • Пірует-тахікардія – ШТ, асоційована з подовженим інтервалом Q-T або коригованим інтервалом Q-T, що на ЕКГ характеризується «обертанням» верхівки комплексів QRS навколо ізоелектричної лінії у хворих із аритмією • Двоспрямована ШТ – ШТ з відхиленням під час скорочення осі комплексу QRS у фронтальній площині, часто асоційована з глікозидною інтоксикацією
IV. Прогностичне значення шлуночкових аритмій (J. T. Bigger, 1993)	• Доброякісні (безпечні)* • Потенційно злоякісні** • Злоякісні***

Примітки: * – будь-які ШЕ (рідкісні, часті, політропні, парні), а також короткочасні епізоди ШТ за відсутности хвороб серця, що не викликають порушення гемодинаміки. Прогноз такий же, як і у здорових людей; ** – часті, політропні, парні ШЕ, короткі епізоди ШТ у хворих із органічними ураженнями серця (наприклад, ІХС, КМП, вади серця), що не призводять до виражених змін гемодинаміки. Маркером більшої ймовірности виникнення життєво небезпечних аритмій у хворих є систолічна дисфункція ЛШ; *** – епізоди ШТ, що призводять до порушення гемодинаміки або ФШ. Ці аритмії зазвичай спостерігаються у хворих із вираженим структурним ураженням серця (ІХС, застійна СН, КМП, вади серця) або порушення скоротливости ЛШ. Досить часто у них також спостерігаються нестійкі та стійкі пароксизми ШТ.

3.2. I05.1, I34.0 Недостатність мітрального клапана

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Стадії мітральної недостатности

(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

І стадія – компенсації. Порушень гемодинаміки немає. Клінічно спостерігається невеликий систолічний шум над верхівкою серця, незначне збільшення ЛП. На ЕхоКГ незначна (до +) регургітація на МК. Хірургічне лікування не рекомендовано.

ІІ стадія – субкомпенсації. Виявляються ознаки дилятації ЛП і гіпертрофії ЛШ. Фізична активність достатня, задишка виникає лише під час

значного фізичного навантаження. Аускультативно – систолічний шум над верхівкою середньої інтенсивности. Рентгенологічно – збільшення і посилення пульсації лівих відділів серця. На ЕКГ – відхилення електричної оси серця ліворуч, інколи – ознаки перевантаження ЛШ. На ЕхоКГ – регургітація на МК у межах 2+. Хірургічне лікування не рекомендовано.

III стадія – правошлуночкової декомпенсації. Спостерігаються дилятація ЛШ, періодично декомпенсація серцевої діяльности, що усувається медикаментозно. Під час фізичного навантаження виникає задишка. Аускультативно – грубий систолічний шум, що проводиться в аксилярну ділянку. Фіксується пульсація грудної стінки в ділянці серця. На ЕКГ – ознаки гіпертрофії ЛШ. Рентгенологічно – збільшення та пульсація лівих відділів серця. На ЕхоКГ – регургітація на МК понад 2+, знижена ФВ ЛШ. Хірургічне лікування не рекомендовано.

IV стадія – дистрофійна. Виявляється ознаками правошлуночкової недостатности. Під час огляду – посилення верхівкового поштовху, пульсація венозних судин на шиї. Аускультативно – грубий систолічний шум регургітації, а також шум, унаслідок недостатности тристулкового клапана. На ЕКГ – ознаки гіпертрофії шлуночків, порушення ритму, найчастіше ФП. Рентгенологічно – серце значно розширене; ознаки застою в малому колі кровообігу. Усі наведені ознаки відображаються на ЕхоКГ. Спостерігаються різної вираженості порушення функції печінки та нирок. Рекомендовано хірургічне лікування.

V стадія – термінальна. Відповідає III стадії ХСН. Хірургічне лікування не рекомендовано.

2. Причини набутої неревматичної мітральної недостатности
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2017)

- Міксоматозна дегенерація
- Синдром Б. Ж. А. Марфана, синдром Е. Елерса – Г. А. Данлоса
- ІЕ
- Системні хвороби сполучної тканини (СХСТ): ревматоїдний артрит (РА), СЧВ, склеродермія тощо.
- Дегенеративний кальциноз мітрального кільця
- Розрив хорд (спонтанний або вторинний під час ІМ, травмування, ендокардиту)
- Розрив або дисфункція соскоподібних м’язів (ішемія або ІМ)
- Дилятація мітрального кільця (під час дилятації ЛШ)
- ГКМП
- Паравальвулярна фістула
- Амілоїдоз серця
- Інші набуті зміни будови та рухомости стулок (деформації, дефекти стулок), хорд, соскоподібних м’язів

3. Оцінка ступеня мітральної недостатности

(Рекомендації робочої групи з ехокардіографічної оцінки регургітації на клапанах, 2016)

Ступінь	Характеристика
1 (легкий)	Незначний систолічний шум, збільшення ЛП до 50,0 мм; максимальна площа потоку регургітації менш ніж 20,0 % площі ЛП
2 (помірний)	Систолічний шум помірної інтенсивности, III тон, дилятація ЛП і ЛШ виражені; максимальна площа потоку регургітації 21,0–40,0 % площі ЛП
3 (тяжкий)	Інтенсивний пансистолічний шум, розщеплення II тону, підсилений III тон, виражена дилятація лівих відділів серця; максимальна площа потоку регургітації понад 40,0 % площі ЛП

4. Оцінка ступеня тяжкости мітральної регургітації

(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Показник	Ступінь тяжкости мітральної регургітації			
	1 (легкий)	2 (помірний)	3 (виражений)	4 (тяжкий)
Глибина поширення потоку регургітації у ЛП	0,0–15,0	16,0–30,0	31,0–45,0	>45,0
Фракція регургітації, %	<15,0	15,0–30,0	30,0–50,0	>50,0
Спадання нижньої порожнистої вени, мм	<3,0	3,0-4,0	4,0-6,0	>6,0
Об'єм регургітації, мл	<30,0	30,0–44,0	45,0–59,0	>60,0
Площа ефективної регургітації, $см^2$	<0,20	0,20–0,29	0,30–0,39	>0,40
Радіус PISA*, мм	<3,5	3,5–7,5	7,5–14,5	>14,5

Примітка. * – радіус проксимальної зони, що є частиною кольорового спектра з боку шлуночка на МК (proximal isovelosity surface area).

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ; ФП*; ХСН**: ІІБ стадії».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕ***: з ураженням МК (недостатність МК); ФП: пароксизмальна форма, тахісистолічний варіант; повна блокада ЛНПГ****; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний, стафілококової етіології, активна фаза, недостатність МК (IV стадія); ФП (пароксизмальна форма; тахісистолічний варіант (22.01.2019 р.), нормосистолічний варіант (26.01.2019 р.); EHRA III; CHA2DS2 – VASc 1 бал; HAS – BLED 1 бал); повна блокада ЛНПГ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.01.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (26.01.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ: первинний; стафілококової етіології; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність МК (IV стадія); ФП (пароксизмальна форма; тахісистолічний варіант (22.01.2019 р.), нормосистолічний варіант (26.01.2019 р.); EHRA III; CHA2DS2 – VASc 1 бал; HAS – BLED 1 бал); повна блокада ЛНПГ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.01.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (26.01.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 2; ** – див. додаток 1; *** – класифікація ІЕ (див. додаток 4); **** – класифікація порушень ритму і провідности (див. додаток 5).

1. Класифікація інфекційного ендокардиту

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2009)

I. Класифікація ІЕ за локалізацією інфекції і наявністю інтракардіальних пристроїв:
1. Лівобічний ІЕ власних клапанів*.
2. Лівобічний ІЕ протезованих клапанів** (ІЕПК):
   1) ранній ІЕПК: менш ніж рік після операції на клапанах;
   2) пізній ІЕПК: понад один рік після операції на клапанах.
3. Правобічний ІЕ.
4. ІЕ за наявности пристроїв (постійний водій ритму або кардіовертер-дефібрилятор).

II. Класифікація ІЕ за способом набуття:
1. Ятрогенний ІЕ:
   1) нозокоміальний: у хворих, ушпиталених більш ніж за 48 год до появи ознак / симптомів ІЕ;

2) ненозокоміальний: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який до цього отримував медичну допомогу у вигляді:
   а) амбулаторного внутрішньовенного лікування, гемодіалізу або внутрішньовенної фармакотерапії менш ніж 30 днів до того як діагностовано ІЕ;
   б) або шпиталізації до відділення інтенсивної терапії у період менш ніж 90 днів до того як діагностовано ІЕ;
   в) або перебування в госпісі чи в будинку для людей похилого віку.

2. Позалікарняний ІЕ: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який не відповідає критеріям ятрогенної інфекції.
3. ІЕ наркозалежних: ІЕ у ін'єкційних наркозалежних, якщо немає альтернативних джерел інфекції.

III. Класифікація ІЕ за активністю:
1. Активний:
   1) ІЕ зі стійкою гарячкою і позитивним результатом бактеріологічного дослідження крови;
   2) або в разі хірургічного втручання – морфологічно активний запальний процес;
   3) або позитивна динаміка під впливом лікування антибіотиками;
   4) або гістопатологічне доведення активности ІЕ.
2. Рецидивний ІЕ:
   1) рецидив: повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, менш ніж через шість місяців після виникнення першого епізоду;
   2) реінфекція:
      а) інфікування іншим мікроорганізмом;
      б) повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, більш ніж через шість місяців після першого епізоду.

Примітки: * – первинний ІЕ – на неушкоджених клапанах (третина випадків); ** – вторинний ІЕ – у людей із хворобами серця (ревматичне або атеросклерозне ураження клапанів, вроджені й набуті вади серця, КМП, ІМ, пролапс МК, травма, чужорідне тіло).

2. Класифікація інфекційного ендокардиту

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

I. Активність процесу:
1. Активний ІЕ:
   - ІЕ зі стійкою гарячкою і позитивним результатом аналізу на гемокультуру;
   - хірургічно виявлені ознаки активного запалення;
   - гістопатологічне підтвердження активного ІЕ.

2. Неактивний ІЕ.

II. ІЕ відповідно до локалізації й наявности чи відсутности внутрішньосерцевого чужорідного тіла:
- ІЕ нативного клапана з ураженням лівих відділів серця;
- ІЕПК з ураженням лівих відділів серця.

Ранній ІЕПК (менш ніж один рік після хірургічного втручання на клапані).

Пізній ІЕПК (понад один рік після хірургічного втручання на клапані):
- ІЕ з ураженням правих відділів серця;
- ІЕ за наявности штучного водія ритму та інших пристроїв (кардіовертер-дефібрилятор тощо).

III. ІЕ залежно від способу виникнення:
- асоційований із медичним втручанням;
- нозокоміальний*, ненозокоміальний**;
- позалікарняний***;
- унаслідок внутрішньовенного уведення наркотичних речовин.

IV. Ускладнення:
- рецидив – повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником, у термін до шести місяців після первинної хвороби;
- реінфекція – ІЕ, спричинений іншим збудником, або повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником через шість місяців і більше після первинної хвороби.

V. ХСН: 0–III стадія; ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – нозокоміальний – поява перших ознак ІЕ через 48 год перебування хворого у стаціонарі; ** – ненозокоміальний – поява перших ознак ІЕ до 48 год перебування у стаціонарі у хворих, яким проводили такі медичні заходи: в/в лікування, гемодіаліз чи в/в хіміотерапія за 30 днів до перших ознак ІЕ; *** – позалікарняний ІЕ – ознаки ІЕ, що з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації, у хворих, які не підпадають під критерії ІЕ, асоційованого з медичним втручанням.

3. Критерії активности інфекційного ендокардиту
(А. А. Дьомін, 2001)

Критерії	I ступінь активности	II ступінь активности	III ступінь активности
1	2	3	4
Лихоманка	Субфебрильна або відсутня	37,0с38,0 °С	39,0–4,0 °С
Озноб	-	+/-	+
Пітливість	+/-	+/-	+
Загальний стан	Відносно задовільний	Середньої тяжкости	Тяжкий
Збільшення селезінки	+/-	+	+
Гломерулонефрит	Дифузний	Дрібновогнищевий	Дрібновогнищевий

3. Набуті вади серця

1	2	3	4
Формування вади серця	Повільно	Повільно	Швидко
Динаміка шумів у серці	Повільно	Повільно	Швидко
Динаміка тонів серця	Повільно	Повільно	Швидко
ХСН	+/-	+/-	+
Геморагії	-	+/-	+
Тромбоемболії	-	+/-	+
Артральгії, артрит	-	+/-	+/-
Гемокультура	+/-	+	+
Бактерицидна активність фагоцитів, %	<15,0	15,0–35,0	>35,0
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), мм/год	<20,0	20,0–40,0	>40,0
Анемія	+/-	+	+
Лейкопенія	+/-	+	Рідко, інколи лейкоцитоз
Тромбоцитопенія	-	+/-	+
Формолова проба	-	+/-	+
С-реактивний білок	-	+/-	+
Фібриноген, г/л	4,0–5,0	5,0–6,0	6,0–10,0
γ-глобулінемія, %	10,0–15,0	20,0–25,0	25,0–45,0

4. Класифікація порушень ритму та провідности серця

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Порушення утворення імпульсу

– синусова тахікардія (понад 90 комплексів за 1 хв):

- синусова брадикардія (менш ніж 60 комплексів за 1 хв);
- синусова аритмія;
- зупинка (відмова) синусового вузла;

– вислизаючі комплекси та ритми:

- передсердні:
- повільні;
- прискорені;
- АВ-з’єднання:
- повільні;
- прискорені;

- шлуночкові;
- повільні;
- прискорені;

– АВ-дисоціації;
– міграція надшлуночкового водія ритму.
Екстрасистолія:
– передсердна;
– передсердно-шлуночкова;
– ШЕ:
- поодинока (до 30 ектопійних комплексів за 1 год);
- часта (30 ектопічних комплексів і більше за 1 год);
- алоритмія (бі-, три-, квадригеменія);
- поліморфна;
- парна;
- рання (R на T);

– тахікардії:
- реципрокні;
  - хронічні;
  - пароксизмальні;
- вогнищеві (ектопійні);
  - хронічні;
  - пароксизмальні.

НШТ:
- синопередсердна (синоатріальна);
- передсердна (атріальна);
- передсердно-шлуночкова;
- вузлова;
- звичайного типу;
- незвичайного типу;
- з додатковими шляхами проведення;
- ортодромна;
- антидромна.

ШТ:
– нестійка (від трьох шлуночкових комплексів до 30 с):
- мономорфна;
- поліморфна.

– стійка (триває понад 30 с):
- мономорфна;
- поліморфна;

– постійнооборотна:
- мономорфна;
- поліморфна;

– ФП і ТП:
- пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах семи діб)*:
- брадисистолічна (ЧШС <60/хв)**;

- тахісистолічна (ЧШС >110/хв)**;
- персистивна (епізод, що триває понад сім діб, коли для відновлення синусового ритму потрібне втручання)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- тривало-персистивна (епізод, що триває один рік і більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв);
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв);

– ФШ і тріпотіння шлуночків (ТШ).

Примітки: * – усі форми можуть бути такими, що вперше виникли; ** – вказується у разі клінічно значущого стану.

Порушення проведення імпульсу

– синоаврикулярні блокади.

АВ-блокади:

– I ступеня

– II ступеня:
- I типу;
- II типу;

– III ступеня:
- внутрішньошлуночкові блокади.

Однопучкові блокади:
- блокада ПНПГ;
- блокада передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ:
  - постійні;
  - такі, що минають.

Двопучкові блокади:
- блокада ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та задньонижнього розгалуження ЛНПГ.

Трипучкові блокади.

Комбіновані порушення утворення і проведення імпульсу

– парасистолія:
- передсердна;
- з АВ-з'єднання;
- шлуночкова.

Хвороби, синдроми та феномени

– ідіопатичні форми аритмій;
– синдроми та ЕКГ-феномени передзбудження шлуночків:
  • синдром Л. Вольфа – Дж. Паркінсона – Дж. Вайта (L. Wolff - G. Parkinson - G.White – WPW);
  • синдром скороченого інтервалу P-R Б. Лауна – В. Ф. Ґанонґа – С. А. Левіне (B. Lown - W. F. Ganong - S. A. Levine – LGL);
– синдром ранньої реполяризації шлуночків;
– синдром подовженого інтервалу Q–T:
  • вроджений;
  • набутий;
– синдром слабкости синусового вузла;
– синдром Дж. Б. Морганьї – Р. Адамса – В. Стокса (G. B. Morgagni - R. Adams - W. Stokes – MAS);
– аритмогенна дисплазія ПШ;
– синдром П. і Й. Бруґада;
– синдром Л. Фредеріка;
– раптова серцева смерть (аритмічна) з відновленням серцевої діяльности:
  • ФШ;
  • асистолія;
  • електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);
– раптова серцева смерть (поворотна):
  • ФШ;
  • асистолія;
  • електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);
– зупинка серця:
  • смерть, що настала більш ніж через 1 год після появи чи посилення симптомів хвороби;
  • з відновленням серцевої діяльности;
– зупинка серця (необоротна).

Аритмії у разі нормальної або порушеної функції кардіостимуляторів різного типу

У діагнозі треба вказати кардіохірургічні втручання і пристрої, що їх застосовано для лікування аритмій і порушень провідности серця (зі зазначенням методу й дати втручання) – катетерні (радіочастотні та ін.) деструкції, імплантації водіїв ритму та кардіовертерів-дефібриляторів, проведення кардіоверсії чи дефібриляції (вказується дата останньої) тощо.

3.3. I34.1 Пролапс мітрального клапана

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Класифікація пролапсу мітрального клапана за етіологією
(цит. за І. І. Гордою, 2010)

1. Первинний пролапс МК (ідіопатичний).
2. Вторинний пролапс, що є ускладненням або одним із проявів кардіальної хвороби (ревматизму, неревматичного міокардиту, ІЕ, КМП та ін.) або спадкової хвороби сполучної тканини (синдрому Б. Ж. А. Марфана, Е. Елерса – Г. А. Данлоса тощо).

2. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозу мітрального клапана
(C. M. Schanwell, 2001)

1. Класичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК ≥5,0 мм;
2. Некласичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК <5,0 мм.

3. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозної дегенерації
(Я. А. Сторожакова, 1997)

1. І ступінь – потовщення стулки або стулок на 3,0–5,0 мм, змикання стулок не порушено;
2. ІІ ступінь – потовщення на 5,0–8,0 мм, подовження стулок, глибина пролабування понад 10,0 мм, розтягування хорд, можливі поодинокі їх розриви, мітральне кільце помірно розширене, змикання порушено;
3. ІІІ ступінь – потовщення стулок понад 8,0 мм, їх подовження, максимальна глибина пролабування, численні розриви хорд, значне розширення мітрального кільця, змикання немає, систолічна сепарація стулок, можливий багатоклапанний пролапс, розширення кореня аорти.

4. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ехокардіографічними критеріями
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

І. За ступенем міксоматозної дегенерації:
- І ступінь – прогинання стулок на 3,0–6,0 мм;
- ІІ ступінь – 6,0–9,0 мм;
- ІІІ ступінь – понад 9,0 мм.

ІІ. За ступенем мітральної регургітації:
- І ступінь (+) – систолічний потік регургітації у ділянці, що прилягає до МК;

- II ступінь (++) – систолічний потік регургітації поширюється на третину порожнини ЛП;
- III ступінь (+++) – систолічний потік регургітації поширюється на половину порожнини ЛП;
- IV ступінь (++++) – систолічний потік регургітації поширюється на переважну частину порожнини ЛП.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«Пролапс МК».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«Пролапс МК».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«Пролапс МК; ХСН*: I стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«Пролапс МК: класичний, II ступінь міксоматозної дегенерації, I ступінь мітральної регургітації; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК I за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I34.1 Пролапс МК: класичний, II ступінь міксоматозної дегенерації, I ступінь мітральної регургітації; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК I за NYHA».

Примітка. * – див. додаток 1.

3.4. I06.0, I35.0 Аортальний стеноз

I. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Стадії аортального стенозу
(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

I стадія аортального стенозу (АС) **– повної компенсації.** Скарг немає, вада виявляється аускультативно, а на ЕхоКГ – невеликим градієнтом САТ на КА у межах 26,0–30,0 мм рт. ст. Хірургічне лікування не рекомендовано.

II стадія – прихованої СН. Скарги – підвищена втомлюваність, задишка під час фізичного навантаження, запаморочення. Рентгенологічно та на ЕКГ є ознаки дилятації і гіпертрофії ЛШ. На ЕхоКГ – помірний градієнт САТ на КА (до 50,0 мм рт. ст.). Хірургічне лікування не рекомендовано.

III стадія – відносної вінцевої недостатности. Наявна стенокардія, наростаюча задишка. Визначається збільшення розмірів серця за рахунок ЛШ.

На ЕКГ – ознаки ГЛШ, гіпоксії міокарда. На ЕхоКГ – градієнт САТ вище 50,0 мм рт. ст. Хірургічне лікування не рекомендовано.

IV стадія – вираженої лівошлуночкової недостатности. Виявляється наростанням симптомів, характерних для I і II стадій, а також запамороченням, непритомністю під час фізичного навантаження, періодичними нападами пароксизмальної нічної задишки, серцевої астми, набряком легень, збільшенням печінки. Рентгенологічно – збільшення усіх відділів серця, застійні явища в малому колі кровообігу. ЕКГ – порушення вінцевого кровообігу, миготлива аритмія. На ЕхоКГ – погіршення скоротливої функції ЛШ, значний градієнт САТ на КА, часто кальциноз клапана. Рекомендації щодо хірургічного лікування надаються індивідуально, з урахуванням ефективности передопераційної підготовки.

V стадія – термінальна. Виявляється наростанням недостатности ЛШ і ПШ. Тяжкий загальний клінічний стан, лікування марне. Хірургічне втручання не застосовується.

2. Стадії аортального стенозу

(Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA), 2014)

Стадія	Визначення	Анатомія клапана	Транскла-панна гемоди-наміка	Наслідок	Симптоми
1	2	3	4	5	6
A	Ризик АС	Двостулко-вий клапан аорти (або інші вродже-ні аномалії клапана). Склероз клапана	V_{max} < 2,0 м/с	Немає	Немає
B	Наростання тяжкости АС	Легка або помірна кальцифіка-ція стулок дво- або тристулко-вого клапана з деяким обмеженням руху в сис-толу або рев-матичні змі-ни клапана зі зрощенням комісур	АС легкого ступеня: V_{max} = 2,0–2,9 м/с або ΔP < 20,0 мм рт. ст. АС середньої тяжкости: V_{max} = 3,0–3,9 м/с або ΔP < 20,0–39,0 мм рт. ст.	Може виявлятися рання діастолічна дисфункція ЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає

1	2	3	4	5	6
С Безсимптомний тяжкий АС					
C_1	Безсимптомний тяжкий АС	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкриття стулок	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або $\Delta P \geq 40,0$ мм рт. ст. $S \leq 1,0$ см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м². Дуже тяжкий АС: $V_{max} \geq 5,0$ м/с або $\Delta P \geq 60,0$ мм рт. ст.	Діастолічна дисфункція ЛШ. Помірна ГЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає: проби з фізичним навантаженням доцільні для підтвердження симптомного статусу
C_2	Безсимптомний тяжкий АС із дисфункцією ЛШ	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкриття стулок	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або $\Delta P \geq 40,0$ мм рт. ст. $S \leq 1,0$ см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м²)	ФВ ЛШ <50,0 %	Немає
D Симптомний тяжкий АС					
D_1	Симптомний тяжкий АС із високим градієнтом тиску	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкриття стулок	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або $\Delta P \geq 40,0$ мм рт. ст. $S \leq 1,0$ см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м²), але може бути більше за поєднання АС й аортальної регургітації	Діастолічна дисфункція ЛШ. Гіпертрофія ЛШ. Може бути легенева гіпертензія	Задишка в разі фізичного навантаження або зниження толерантности до нього; стенокардія навантаження; синкопе або пресинкопе в разі фізичного навантаження
D_2	Симптомний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку/низьким градієнтом тиску зі зниженою ФВ ЛШ	Виражена кальцифікація стулок із вираженим обмеженням їх руху	$S \leq 1,0$ см² $V_{max} < 4,0$ м/с спокою або $\Delta P <$ 40,0 мм рт. ст. Під час стрес-ЕхоКГ із	Діастолічна дисфункція ЛШ. ГЛШ. ФВ ЛШ <50,0 %	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе

1	2	3	4	5	6
			добутамі-ном $S \leq 1,0$ см² $V_{max} \geq 4,0$ м/с за будь-якої швид-кості потоку		
D_3	Симптомний тяжкий АС із низьким градієнтом тиску з нормальною ФВ ЛШ або парадоксаль-ний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку	Виражена кальцифіка-ція стулок із вираженим обмеженням їх руху	$S \leq 1,0$ см² з $V_{max} < 4,0$ м/с або $\Delta P < 40,0$ мм рт. ст. $S_i \leq 0,6$ см²/м² і систоліч-ний індекс <35,0 мм/м², виміряний, коли у хво-рого САТ < 140,0 мм рт. ст.	Збільшення відносної товщини стінки ЛШ. Маленький розмір ЛШ з низьким ударним об'ємом. Зниження діастоліч-ного напов-нення. ФВ ЛШ ≥ 50,0 %	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе

Примітки: ΔP – середній градієнт тиску; S – площа отвору клапана; S_i – площа отвору клапана, індексована до площі поверхні тіла; V_{max} – максимальна швидкість транстора-кального кровоплину.

3. Рекомендації із класифікації ступенів тяжкости аортального стенозу

(Асоціація кардіологів України та
Всеукраїнська асоціація фахівців із ехокардіографії, 2016)

Показник	Аортосклероз	Легкий АС	Помірний АС	Тяжкий АС
Пікова швидкість потоку на АК, м/с	≤2,5 м/с	2,6–2,9	3,0–4,0	>4,0
Середній гра-дієнт*, мм Hg	–	<20,0 (<30,0)	20,0–40,0 (30–50)	>40,0 (>50,0)
ПОА*, см²	–	>1,5	1,0–1,5	<1,0
Індекс ПОА**, см²/м²	–	>0,85	0,60–0,85	<0,60
Співвідношення швидкостей		>0,50	0,25–0,50	<0,25

Примітки:* – різниця тиску між лівим шлуночком і аортою; ** – площа отвору аорти, індексована до маси тіла.

4. Класифікація аортального стенозу
(за ступенем тяжкости гемодинамічних порушень)
(Європейська асоціація ехокардіографії (European Association of Echocardiography – EAE)/ Американське товариство ехокардіографії (American Society of Echocardiography – ASE), 2009)

Показник	Легкий	Помірний	Тяжкий
Пікова швидкість на КА, м/с	<3,0	3,0–4,0	>4,0
Середній градієнт, мм рт. ст.	<25,0	25,0–40,0	>40,0
ПОА, $см^2$	>1,5	1,0–1,5	<1,0
Індексована площа отвору, індекс S_i, $см^2/м^2$	–	–	<0,6

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ*; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕ: стеноз КА; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний, стрептококовий, активна фаза, стеноз КА (ІІІ стадія), протезування КА (05.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (01.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (06.12.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ: первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІІ ступеня; стеноз КА (ІІІ стадія); протезування КА (05.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (01.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (06.12.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний; активна фаза, активність ІІІ ступеня; стеноз КА (ІІІ стадія); протезування КА (05.12.2018 р.); набряк легень (05.12.2018 р.); ХСН (ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (01.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (06.12.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«Ендокардит: первинний; інфекційний; поліпозно-виразковий; ураження клапана аорти (бактеріологічне дослідження № 41 (10.12.2018 р.): Streptococcus haemoliticus); тромбоемболійний синдром (численні бактерійні тромбоемболи у дрібних артеріях нирок, селезінки, мозку); дрібні інфаркти нирок, селезінки з нагноєнням; мікроабсцеси в обох півкулях головного мозку; набряк легень; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 4; ** – див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«АС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Кальцинувальна хвороба серця: АС; ХСН*: ІІА стадії».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Кальцинувальна хвороба серця: дегенеративний АС (стадія C_1); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Кальцинувальна хвороба серця: дегенеративний АС (стадія C_1); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.02.2020 р.), ФК І за NYHA (27.02.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І35.0 Кальцинувальна хвороба серця: дегенеративний АС (стадія C_1); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.02.2020 р.), ФК І за NYHA (27.02.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження**, ФК ІІІ; кальцинувальна хвороба серця (дегенеративний АС (стадія D_1)); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (19.02.2018 р.), ФК ІІ (23.02.2018 р.); коронарографія (22.02.2018 р.): стеноз огинальної гілки лівої вінцевої артерії (ОГЛВА) 99,0 %, низхідної гілки лівої вінцевої артерії (ЛВА) 60,0 %; стентування (22.02.2018 р.) ОГЛВА (1 елютинг-стент)); кальцинувальна хвороба серця: дегенеративний АС (стадія D_1); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (19.02.2018 р.), ФК ІІ (23.02.2018 р.); коронарографія (22.02.2018 р.): стеноз ОГЛВА 99,0 %, низхідної гілки ЛВА 60,0 %; стентування (22.02.2018 р.) ОГЛВА (1 елютинг-стент)); кальцинувальна хвороба серця: дегенеративний АС (стадія D_1); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікації ІХС і стенокардії (див. додаток 6).

1. Класифікація ішемічної хвороби серця

(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Раптова коронарна смерть
2. Стенокардія
3. Нестабільна стенокардія
4. Гострий ІМ
5. Кардіосклероз
6. Безбольовий варіант ІХС

Примітки:

- синдром стенокардії може супроводжувати інші хвороби, які провокують відносну вінцеву недостатність, і тоді термін «стенокардія» може фігурувати в діагнозі після зазначення основної хвороби (АС чи інші вади серця, ГКМП, пролапс МК тощо);
- різні ускладнення у разі як гострих, так і хронічних варіантів ІХС (розрив серця, тромбоемболія, аритмія тощо), мають бути зазначені в діагнозі, але окремий шифр їм не присвоюється;
- у діагнозі вказуються лікарські втручання і терміни їх виконання: аорто-коронарне (АКШ) чи мамарно-коронарне шунтування (МКШ) із зазначенням кількості шунтів, транслюмінальна ангіопластика і стентування із зазначенням судин, на яких проводили втручання, балонна контрапульсія, електрофізіологічні втручання (тимчасова або постійна електрокардіостимуляція, абляція), дефібриляція;
- послідовність діагнозів така: раптова коронарна смерть із оживленням, ІМ, ускладнення ІМ, стенокардія, різні варіанти кардіосклерозу, хронічна аневризма серця, порушення ритму серця і провідности, СН.

2. Класифікація стенокардії
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Стенокардія:
   1.1. Стабільна стенокардія напруги* (із зазначенням ФК I–IV за класифікацією Канадської асоціації кардіологів (CAC)), у хворих із ФК IV стенокардія малих навантажень може клінічно виявлятися як стенокардія спокою)**.
   1.2. Мікроваскулярна стенокардія (наявність клінічних симптомів і ознак ішемії міокарда за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій ангіографічно).
   1.3. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, М. Принцметала).
   1.4. Рефрактерна стенокардія*** (хронічний стан, що триває понад три місяці, спровокований клінічно підтвердженою рекурентною ішемією міокарда за наявности ураження вінцевих судин, яку не можна адекватно контролювати за допомогою комбінованого медикаментозного лікування, ангіопластики або АКШ).
2. Нестабільна стенокардія:
   2.1. Нестабільна стенокардія, що виникла вперше (виникнення вперше в житті нападів стенокардії із транзиторними змінами ЕКГ у стані спокою до 28 діб).
   2.2. Стенокардія з наростанням тяжкости (виникнення стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією навантаження, погіршення ФК стенокардії, наростання зниження толерантности до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).
   2.3. Рання постінфарктна стенокардія (з 3-ї до 28-ї доби після ІМ).

Примітки: * – коректно формулювати діагноз не як «стабільна стенокардія напруги», а як «стабільна стенокардія навантаження»; ** – якщо у хворого є стабільна стенокардія навантаження, у діагнозі вказують лише ФК останньої, ФК хворого з ХСН за NYHA не наводять; *** – термін «рефрактерна стенокардія» запропонований у 2002 р. об'єднаною робочою групою Європейського товариства кардіологів з лікування рефрактерної стенокардії.

3. Класифікація функціональних класів стабільної стенокардії навантаження
(Канадська асоціація кардіологів
(Canadian Association of Cardiologists – CAC), 1976)

Для стабільної стенокардії характерні напади болю, що є стереотипними й не змінюються за характером і частотою упродовж останнього місяця.

ФК I – «латентна» стенокардія: напади болю виникають рідко, зазвичай під час максимальних фізичних і психоемоційних навантажень, зміни на ЕКГ

знаходять рідко, ангіографічно спостерігається звуження вінцевих артерій (частіше однієї) на 50,0 % і менше.

ФК II – напади виникають, коли людина піднімається вище ніж на другий поверх, або під час ходьби у звичайному темпі по рівній місцевості на відстань більш ніж два квартали*, переносимість фізичного навантаження обмежена, ангіографічно – уражені одна-дві вінцеві артерії (стеноз <70,0 %).

ФК III – напади виникають під час піднімання сходами на один поверх або під час ходьби по рівній місцевості на відстань один-два квартали*, толерантність до фізичного навантаження значно обмежена, ангіографічно дві-три вінцеві артерії звужені на 70,0–80,0 %.

ФК IV – напади виникають під час незначних фізичних навантажень (побутові умови), часто спостерігаються напади стенокардії спокою, ангіографічно – значно уражені всі чотири (включно з розгалуженнями) вінцеві артерії.

Примітка. * – еквівалент 100–200 м.

3.5. I06.1, I35.1 Недостатність клапана аорти

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Аортальна недостатність
(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

I стадія – повної компенсації. Скарг немає. На ЕхоКГ – незначна регургітація (в межах 1+) на КА. Хірургічне лікування не рекомендовано.

II стадія – прихованої СН. Зниження працездатности, підвищення пульсового тиску, рентгенологічно – помірне збільшення і посилення пульсації ЛШ. На ЕКГ – ознаки помірної ГЛШ. На ЕхоКГ – регургітація на КА у межах 2+. Хірургічне лікування не рекомендовано.

III стадія – субкомпенсації. Зниження фізичної активности, стенокардійний біль. Посилена пульсація сонних артерій, мінімальний тиск становить менше половини максимального. Рентгенологічно – дилятація і посилена пульсація ЛШ й аорти, діастолічний шум. На ЕКГ – виражені ознаки гіпоксії міокарда, ГЛШ, на ЕхоКГ – значна (3+ і більше) регургітація на КА. Рекомендовано хірургічне лікування.

IV стадія – декомпенсації. Виявляється нападами задишки, ангінозного болю під час незначного фізичного навантаження, вираженою дилятацією серця, ознаками відносної мітральної недостатности, ознаки серцевої астми, збільшення печінки. Медикаментозне лікування сприяє тимчасовому поліпшенню стану. Рекомендовано хірургічне лікування.

V стадія – термінальна. Наростання тяжкости недостатности ЛШ і ПШ, глибокі дегенеративні зміни у життєво важливих органах. Медикаментозне лікування не ефективне. Хірургічне лікування не застосовують.

2. Визначення тяжкости аортальної недостатности
(Рекомендації робочої групи з ехокардіографічної оцінки регургітації на клапанах, 2016)

Ступінь тяжкости	Характеристика
1 (легкий)	Невеликий протодіастолічний шум; незначна дилятація ЛШ
2 (помірний)	Інтенсивний діастолічний шум, послаблення II тону над основою серця; значні периферійні судинні ознаки; розміри ЛШ збільшені (кінцево-систолічний діаметр (КСД) до 55,0 мм, кінцево-діастолічний діаметр (КДД) до 70,0 мм)
3 (тяжкий)	Діастолічний шум визначається над усіма точками вислуховування; відсутність (або різке послаблення) II тону; різка виразність судинних периферійних ознак; значне збільшення розмірів ЛШ (КСД >55,0 мм, КДД >70,0 мм)

3. Визначення тяжкости аортальної недостатности під час ехокардіографії
(Рекомендації робочої групи з функціональної діагностики Асоціації кардіологів України та Всеукраїнської асоціації фахівців із ехокардіографії, 2016)

Показник	Ступінь тяжкости аортальної недостатности			
	1 (легкий)	2 (помірний)	3 (виражений)	4 (тяжкий)
Глибина поширення потоку регургітації у ЛШ	Реєструється зразу під стулками АК	Поширюється до країв стулок МК	Спускається нижче за краї стулок МК до кінчиків соскоподібних м'язів	Доходить до верхівки відділу ЛШ
Фракція регургітації, % потоку	<25,0	25,0–46,0	47,0–64,0	>65,0
Площа регургітації/кровоплин	<5,0	5,0–24,0	25,0–59,0	>60,0
Реверсивний потік у низхідній аорті	Немає	Немає	Так	Так
Час напівспаду градієнта тиску, мс	>400,0	350,0–400,0	250,0–350,0	<250,0
Прикриття передньої мітральної стулки	Немає	Так	Так	Так

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІЕ*».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ: недостатність КА; ХСН**: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕ: недостатність КА; ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); протезування КА (28.04.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК IV за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ: первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); протезування КА (28.04.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК IV за NYHA».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); протезування КА (28.04.2018 р.); ХСН (ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК IV за NYHA); інфекційно-токсичний шок (28.04.2018 р.); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:
«Ендокардит: первинний; інфекційний (бактеріологічне дослідження № 94 (04.05.2018 р.): St. Aureus); поліпозний; клапана аорти; тромбоемболійний синдром (численні бактерійні тромбоемболи у дрібних артеріях нирок, селезінки, мозку); інфаркт селезінки з нагноєнням; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 4; ** – див. додаток 1.

4. I10–I15 Артеріальна гіпертензія

4.1. I10–I13 Есенціальна артеріальна гіпертензія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I10 Есенціальна (первинна) гіпертензія
I11 ГХ з ураженням серця
- I11.0 ГХ з ураженням серця зі застійними явищами та СН
- I11.9 ГХ з ураженням серця без застійних явищ і СН

I12 Ниркова ГХ
- I12.0 ГХ з нирковою недостатністю
- I12.9 ГХ з ураженням нирок, без ниркової недостатности

I13 ГХ серцева та ниркова
- I13.0 ГХ з ураженням серця і нирок зі застійними явищами та СН
- I13.1 ГХ з ураженням серця і нирок із нирковою недостатністю
- I13.2 ГХ з ураженням серця і нирок із застійними явищами та серцево-нирковою недостатністю
- I13.9 ГХ з ураженням серця і нирок, неуточнена

2. Класифікація артеріальної гіпертензії за ураженням «органів-мішеней»
(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) – ВООЗ, 1996 / Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) / Европейська асоціація гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH), 2018)

Класифікація була прийнята в Україні 1992 р. відповідно до Наказу МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206 і рекомендована для подальшого застосування згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії»

Цю класифікацію рекомендується застосовувати для з'ясування стадії ГХ (есенціальної гіпертензії) і вторинної АГ.

Стадія	Ураження «органів-мішеней»
I	Об'єктивних ознак органічних уражень «органів-мішеней» немає
II	Є об'єктивні ознаки ураження «органів-мішеней» без маніфестації симптомів або порушення функції: • ГЛШ (на ЕКГ, Ехо-КГ, рентгенограмі) або • генералізоване звуження артерій сітківки, або • мікроальбумінурія чи протеїнурія і/або невелике підвищення концентрації креатиніну в плазмі (у жінок >107,0–124,0 мкмоль/л, у чоловіків >115,0–133,0 мкмоль/л) • ураження сонних артерій – потовщення комплексу інтима-медія ≥ 0,9 мм або наявність атеросклерозної бляшки
III	Є об'єктивні ознаки ушкодження «органів-мішеней» із маніфестацією симптомів і порушенням функції: Серце: ІМ; ХСН: ІІА–ІІІ стадії. Мозок: інсульт; ТІА; гостра гіпертензивна енцефалопатія; хронічна гіпертензивна енцефалопатія ІІІ стадії; судинна деменція. Очне дно: крововиливи й ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної АГ). Нирки: концентрація креатиніну в плазмі у жінок >124,0 мкмоль/л, у чоловіків >133,0 мкмоль/л. Судини: розшарування аорти, оклюзивне ураження периферійних артерій

Терміну «гіпертензивне ураження серця» відповідають ознаки наявности гіпертрофії або гіпертензивного ремоделювання міокарда ЛШ під час Ехо-КГ (підвищення індексу маси міокарда ЛШ (ІММЛШ), потовщення стінок і/або збільшення порожнини ЛШ, збільшення співвідношення товщини стінок до кінцево-діастолічного розміру (КДР) порожнини ЛШ) або ознаки ГЛШ на ЕКГ чи під час рентгенологічного дослідження.

Терміну «застійна ХСН» відповідає наявність клінічно вираженої ХСН (від ІІА стадії за класифікацією М. Д. Стражеска – В. Х. Василенка та робочою класифікацією Українського наукового товариства кардіологів).

Терміну «гіпертензивне ураження нирок» відповідає зниження швидкости клубочкової фільтрації (ШКФ) ≤60,0 мл/хв/1,73 м^2 і/або збільшення кількости виділення альбуміну з сечею (≥30,0 мг/добу).

Гіпертензивна енцефалопатія може бути гостра і хронічна. Гостра гіпертензивна енцефалопатія виникає раптово, частіше на ґрунті злоякісної АГ з підвищенням АТ до 230–250/130–150 мм рт. ст. і більше, супроводжується різким болем голови, нудотою, блюванням, змінами очного дна, психомоторним збудженням, епілептиформними нападами й іншими неврологічними симптомами. Вони зумовлені дифузним порушенням

мозкового кровообігу, нейронального метаболізму, набряком головного мозку. Характеризується швидким виникненням, тяжким перебігом, тривалістю клінічних проявів (упродовж 48–78 год) і непередбачуваністю прогнозу. У деяких випадках (наприклад, у вагітних жінок) може виникати на ґрунті порівняно невисокого тиску (160/110 мм рт. ст. і навіть менше).

Порушення мозкового кровообігу з повільним наростанням тяжкости, або хронічна дисциркуляційна гіпертензивна енцефалопатія, виникає унаслідок диспропорції між потребою і забезпеченням тканини головного мозку повноцінним кровопостачанням. Морфологічним субстратом дисциркуляційної гіпертензивної енцефалопатії можуть бути лакунарні інфаркти мозку.

Термін «судинна деменція» об'єднує комплекс нервово-психічних розладів, які виявляються у вигляді зниження інтелекту, порушення суспільної адаптації та іншими розладами функцій головного мозку. Для деменції характерний комплекс симптомів, зокрема, розлади пам'яти і навіть навичок мислення. Вони стосуються усіх сфер життєдіяльности. Хворий поступово втрачає елементарні побутові навички, професійні знання, кардинально змінюється його соціальна поведінка.

3. Класифікація гіпертензії на основі вимірювання офісного артеріального тиску

(Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension – ISH), 2020)

Категорія	САТ, мм рт. ст.		ДАТ, мм рт. ст.
Нормальний	<130	і/або	<85
Високий	130–139	і/або	85–89
1-й ступінь АГ	140–159	і/або	90–99
2-й ступінь АГ	160–170	і/або	100–109

4. Критерії гіпертензії на основі офісного вимірювання, домашнього й амбулаторного моніторування артеріального тиску

(Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension – ISH), 2020)

Моніторування	САТ/ДАТ, мм рт. ст.
Офісний АТ	≥140 і/або ≥90
Амбулаторне моніторування АТ	
Середній (упродовж 24 год)	≥130 і/або ≥80
Середній денний (упродовж періоду неспання)	≥135 і/або ≥85
Середній (під час сну)	≥120 і/або ≥70
Домашнє моніторування	≥135 і/або ≥85

5. Клінічні ситуації, за яких рекомендовано позаофісне вимірювання артеріального тиску

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Європейська асоціація гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH), 2018)

Висока ймовірність «замаскованої нормотензії»* (АГ 1-го ступеня згідно з результатами «офісного» вимірювання АТ за відсутности ознак ураження «органів-мішеней»)
Висока ймовірність «замаскованої гіпертензії» (високий нормальний АТ згідно з показниками «офісного» вимірювання АТ та наявности ознак ураження «органів-мішеней» і/чи з високим сумарним серцево-судинним ризиком (ССР)
Ортостатична чи постпрандіальна гіпертензія у хворих, що не отримують антигіпертензивного лікування
Виявлення резистентної АГ
Оцінювання ефективности контролю АТ, особливо з високим ССР
Зростання відповіді АТ на фізичне навантаження
Значна варіабельність «офісного» АТ
Оцінювання симптомів, асоційованих із гіпотензією під час лікування

Примітка. * **–** гіпертензія «білого халата».

6. Чотири категорії серцево-судинного ризику

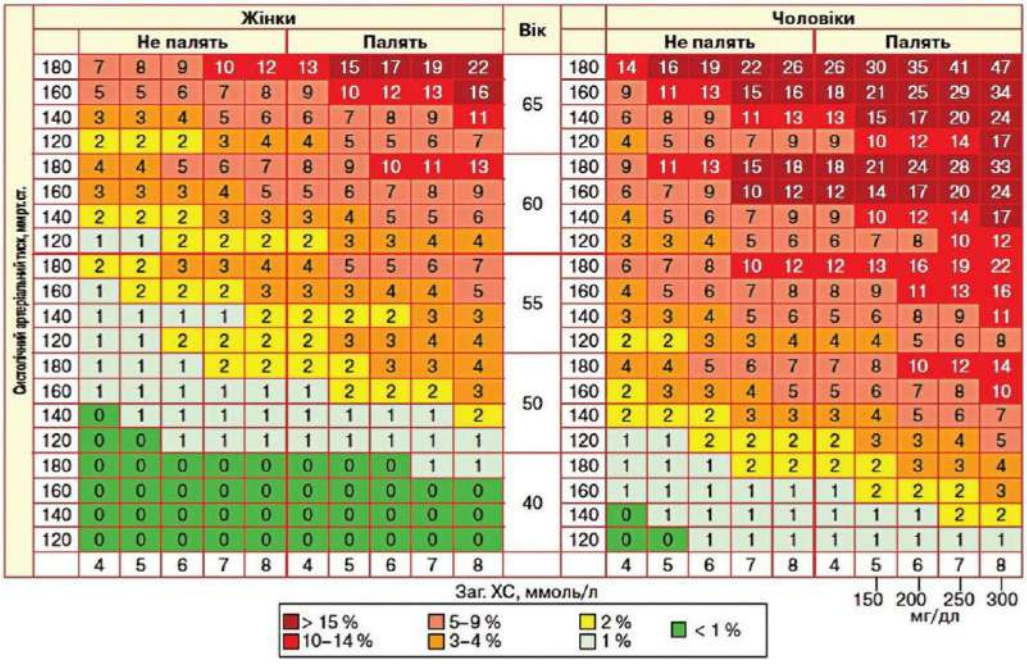
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Дуже високий ризик
1. Задокументована ССХ, клінічно або методом візуалізації: • гострий ІМ; • ГКС; • коронарна реваскуляризація (черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) або АКШ, або інші артеріальні реваскуляризаційні процедури); • інсульт, ГПМК або ТІА; • аневризма аорти; • хвороби периферійних артерій. Задокументована ССХ методом візуалізації включає виявлення значної бляшки під час коронарографії або ультразвукового дослідження сонних артерій. Не виключається деяке збільшення візуальних параметрів, таких як товщина комплексу інтима-медія на сонній артерії. 2. ЦД 1-го або 2-го типу з ураженням «органів-мішеней», таким як протеїнурія, або з одним із основних ЧР (куріння, АГ або дисліпідемія). 3. Тяжка хронічна хвороба нирок (ХХН): ШКФ <30,0 мл/хв/1,73 м^2. 4. Ризик за шкалою кардіоваскулярного ризику (Scale Cardiovascular Risk – SCORE) ≥10,0 %.

Високий ризик
1. Значна вираженість одного ЧР: • тяжка гіперліпідемія (загальний холестерол (ЗХС) >8,0 ммоль/л (310,0 мг/дл) (родинна гіперхолестеролемія)); • тяжка АГ (АТ >180/110 мм рт. ст.). 2. Більшість хворих на ЦД, за винятком людей молодого віку з ЦД 1-го типу без значних ЧР, яких можна зарахувати до групи низького або помірного ризику. 3. ХХН середньої тяжкости (ШКФ 30,0–59,0 мл/хв/1,73 м^2). 4. Ризик за шкалою кардіоваскулярного ризику (Scale Cardiovascular Risk – SCORE) ≥5,0 % і <10,0 %.
Помірний ризик
• Ризик за шкалою кардіоваскулярного ризику (Scale Cardiovascular Risk – SCORE) ≥1,0 % і <0,5%. (! Велика кількість осіб середнього віку належить до цієї категорії).
Низький ризик
• Ризик за шкалою кардіоваскулярного ризику (Scale Cardiovascular Risk – SCORE) <1,0%.

Ризик за SCORE рекомендується визначати у чоловіків віком від 40 років і жінок від 50 років, у яких немає ЦД, ХХН або ССХ (ІХС, ІМ), ГПМК у анамнезі, облітерувального атеросклерозу артерій кінцівок. У людей молодого віку із чинником ризику рекомендується застосовувати шкалу відносного ризику SCORE, яка показує, наскільки наявний ризик вищий, ніж у людей з ідеальним профілем ЧР*.

Примітка. * – профілактика ССХ. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (2016).



Ризик фатальних ССХ упродовж 10 років у регіонах низького ризику в Європі

7. Градація ризику за шкалою кардіоваскулярного ризику (Scale Cardiovascular Risk)

Дуже високий	SCORE ≥10,0 %
Високий	10,0 % > SCORE ≥5,0 %
Помірний	5,0 % > SCORE ≥1,0 %
Низький	SCORE <1,0%

8. Найважливіші чинники, що впливають на прогноз і застосовуються для стратифікації серцево-судинного ризику

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Европейська асоціація гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH), 2018)

Основні ЧР:

- Чоловіча стать.
- Вік (жінок – 65 років і більше, чоловіків – 55 років і більше)
- Тютюнокуріння.
- Дисліпідемія (ризик значно підвищується, якщо ЗХС >4,9 ммоль/л, і/або ліпопротеїни низької щільности (ЛПНЩ) >3,0 ммоль/л, і/або ліпопротеїни високої щільности (ЛПВЩ) <1,0 ммоль/л, і/або тригліцериди (ТГ) >1,7 ммоль/л у жінок, >1,2 ммоль/л у чоловіків.
- Глюкоза плазми натще 5,6–6,9 ммоль/л.
- Порушення толерантности до глюкози.
- ССХ у молодому віці у членів сім'ї (у жінок віком до 65 років і в чоловіків віком до 55 років).
- Абдомінальне ожиріння: обвід талії понад 88,0 см у жінок і понад 102,0 см у чоловіків; індекс маси тіла ≥30,0 мг/м^2.
- Сімейний анамнез ранніх ССХ (менш ніж 65 років у жінок і менш ніж 55 років у чоловіків).
- Збільшення вмісту сечової кислоти у крові.
- Рання менопауза.
- Психосоціальні та соціально-побутові умови.
- ЧСС у спокої >80 уд./хв.

Ураження «органів-мішеней»:

- ГЛШ (ЕКГ-критерії: індекс М. Соколова – Т. Р. Лайона >3,5 мВ, Корнельський вольтажний індекс >244,0 мВ х мс).
- Ехо-КГ критерії: ІММЛШ для жінок >95,0 г/м^2, для чоловіків >115,0 г/м^2.
- Пульсовий тиск (у літніх людей) ≥60,0 мм рт. ст.
- Товщина комплексу інтима-медія сонної артерії понад 0,9 мм або наявність атеросклерозної бляшки.

- Каротидно-феморальна швидкість пульсової хвилі ≥10,0 м/с.
- Кісточково-плечовий індекс <0,9.
- ХХН із ШКФ 30,0–60,0 мл/хв/1,73 м^2..
- Мікроальбумінурія (30,0–300,0 мг/24 год, або співвідношення альбумін/креатинін сечі 30,0–300,0 мг/г, або 3,4–34,0 мг/ммоль).

Супутні хвороби:

- ЦД: глюкоза плазми натще >7,0 ммоль/л (126,0 мг/дл) після двох вимірювань поспіль, HbA1c >7,0 % (53,0 ммоль/моль) і/або глюкоза плазми через дві години після їди >11,0 ммоль/л (198,0 мг/дл).
- Цереброваскулярні хвороби: ішемічний інсульт, крововилив у мозок, ТІА.
- ІХС: ІМ, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації.
- ХСН,у т. ч. зі збереженою ФВ.
- ХХН із ШКФ <30,0 мл/хв/1,73 м^2; протеїнурія (>300,0 мг/добу).
- Оклюзивні ураження периферійних артерій.
- Тяжка ретинопатія: крововиливи, ексудати, набряк диска зорового нерва.

9. Спрощена стратифікація ризику у хворих на артеріальну гіпертензію

Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії
(International Society of Hypertension – ISH, 2020)

Інші ЧР, ураження «органів-мішеней» або ССХ	**Високий/ нормальний** САТ 130–139/ ДАТ 85–89	**Ступінь 1** САТ 140–159/ ДАТ 90–99	**Ступінь 2** САТ >160/ ДАТ >100
Немає ЧР	Низький (І)	Низький (І)	Помірний (ІІ)
1-2 ЧР	Низький (І)	Помірний (ІІ)	Високий (ІІІ)
3 ЧР і більше	Низький (І) / Помірний (ІІ)	Високий (ІІІ)	Високий (ІІІ)
Ураження «органів-мішеней», ХХН: 3-тя стадія, ЦД, ССХ	Високий (ІІІ)	Високий (ІІІ)	Високий (ІІІ)

10. Класифікація гіпертензивних кризів

1. За патофізіологічними механізмами виникнення (за М. О. Ратнером, 1958, доповнена А. Л. М'ясниковим, 1968):
   – першого типу*;

- другого типу**.

2. За станом порушення гемодинаміки (за А. П. Голіковим, 1976):
   - гіперкінетичний***;
   - нормокінетичний (евкінетичний)****;
   - гіпокінетичний*****.

Примітки: * – з'являються гостро, без провісників, перебігають легко і тривають недовго (від кількох хвилин до 2–3 год). Такі кризи характеризуються значним підвищенням АТ, переважно систолічного, в середньому на 70 мм рт. ст., що супроводжується помітним підвищенням пульсового і венозного тиску, почастішанням серцебиття. Водночас збільшується вміст вільного адреналіну в крові, вміст норадреналіну не збільшується, а інколи навіть зменшується, часто спостерігається гіперглікемія;

** – характерний менш гострий початок, триваліший і тяжчий перебіг (від декількох годин до 4–5 днів і більше). Під час цих кризів підвищується САТ і, особливо, ДАТ, тоді як пульсовий тиск не змінюється, інколи пульс частішає, часто виникає брадикардія, вміст цукру в крові в межах норми, венозний тиск здебільшого не змінюється, швидкість кровоплину не змінюється або уповільнюється;

*** – криз зумовлений підвищеним викидом адреналіну і збільшенням ударного об'єму крови, що призводить до значного підвищення САТ і тахікардії. Найчастіше виникає на ранніх стадіях хвороби, триває від кількох хвилин до години. Завершується виділенням великої кількості сечі;

**** – буває у хворих на пізніх стадіях ГХ, супроводжується нормальними показниками ударного об'єму та хвилинного об'єму, ЧСС, збільшенням опору периферійних судин;

***** – виникає внаслідок збільшення вмісту норадреналіну в крові. Значно зростає загальний периферійний опір судин, підвищується ДАТ. Тривалість кризу може досягати кількох діб.

11. Класифікація кризів

(Українське товариство кардіологів, 1999)

Залежно від того, є чи нема ураження «органів-мішеней» і потреби терміново знизити АТ, виокремлюють:

- ускладнені кризи (з гострим або наростаючим ураженням «органів-мішеней», становлять пряму загрозу для життя хворого, вимагають негайного, впродовж однієї години, зниження АТ);
- неускладнені кризи (без гострого або наростаючого ураження «органів-мішеней», становлять потенційну загрозу для життя хворого, вимагають швидкого, впродовж кількох годин, зниження АТ).

Ускладнені гіпертензивні кризи

1. ІМ.
2. Інсульт.
3. Гостра розшаровувальна аневризма аорти.
4. Гостра недостатність ЛШ.
5. Нестабільна стенокардія.

6. Аритмії (пароксизми тахікардії, ФП, ШЕ високих градацій).
7. ТІА / ГПМК.
8. Еклампсія.
9. Гостра гіпертензивна енцефалопатія.
10. Кровотеча, в т. ч. носова.

Неускладнені гіпертензивні кризи

1. Церебральний неускладнений криз.
2. Кардіальний неускладнений криз.
3. Підвищення САТ до 240 мм рт. ст. або ДАТ до 140 мм рт. ст.
4. Значне підвищення тиску в ранньому післяопераційному періоді.

Особливості неускладненого гіпертензивного кризу:
- частіше виникає у хворих із АГ I–II стадій;
- немає гіпертензивної енцефалопатії та ішемії міокарда;
- наприкінці переважають вегетативні розлади;
- триває не більше двох-трьох годин;
- легко ліквідовується антигіпертензивними лікарськими засобами.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

A.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ: 2-й ступінь».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: I стадія, 2-й ступінь».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ГХ: I стадія; 2-й ступінь (27.10.2017 р.), 1-й ступінь (30.10.2017 р.); ризик II; ХСН*: 0».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I10.0 ГХ: I стадія; 2-й ступінь (27.10.2017 р.), 1-й ступінь (30.10.2017 р.); ризик II; ХСН: 0».

Примітка. * **–** див. додаток 1.

B.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ: 2-й ступінь; ХСН*: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: I стадія; 2-й ступінь; ХСН: I стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ГХ: I стадія; 2-й ступінь (06.08.2020 р.), 1-й ступінь (08.08.2020 р.); ризик II; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК I за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I10.0 ГХ: I стадія; 2-й ступінь (06.08.2020 р.), 1-й ступінь (08.08.2020 р.); ризик II; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК I за NYHA».

Примітка. * – див. додаток 1.

C.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ: II стадія, 2-й ступінь; ХСН*: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: II стадія, 2-й ступінь; ХСН: I стадія; ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ГХ: II стадія (генералізована гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (12.09.2020 р.), 1-й ступінь (14.09.2020 р.); ризик III; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA (12.09.2020 р.), ФК I за NYHA (15.09.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I11.0 ГХ: II стадія (генералізована гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (12.09.2020 р.),1-й ступінь (14.09.2020 р.); ризик III; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA (12.09.2020 р.), ФК I за NYHA (15.09.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

D.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ: III стадія, 2-й ступінь; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН*: IIБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь (04.03.2020 р.), ризик ІІІ; ІХС: післяінфарктний (Q-ІМ, передньоверхівковий (10.06.2019 р.)) кардіосклероз**; ХСН: ІІБ стадія; ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (04.03.2020 р.), 1-й ступінь (09.03.2020 р.); ризик ІІІ); ІХС: післяінфарктний (Q-ІМ, передньоверхівковий (10.06.2019 р.)) кардіосклероз; ХСН: ІІБ стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (04.03.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (09.03.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І11.0 ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (04.03.2020 р.), 1-й ступінь (09.03.2020 р.); ризик ІІІ); ІХС: післяінфарктний (Q-ІМ, передньоверхівковий (10.06.2019 р.)) кардіосклероз; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (04.03.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (09.03.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікація ІМ і післяінфарктного кардіосклерозу (див. додаток 7).

1. Класифікація інфаркту міокарда

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. № 164; уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.07.2014 р. № 455).

Діагноз ставлять із зазначенням:

- дати виникнення (до 28 діб);
- локалізації (передня стінка, передньоверхівковий, передньобічний, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобічний, нижньозадній, нижньобазальний, верхівковобічний, базально-латеральний, верхньобічний, бічний, задній, задньобазальний, задньобічний, задньосептальний, септальний, ПШ)*;
- первинний, рецидивний (з 3-ї до 28-ї доби), повторний.

Примітка. * – зазначати розміри і локалізацію не обов'язково, якщо виникають труднощі в ЕКГ-діагностиці.

ГКС зі стійкою елевацією або без елевації сегмента ST на ЕКГ – це попередній діагноз до з'ясування наявности ушкодження серця внаслідок ішемії міокарда або відсутности (нестабільна стенокардія). На ЕКГ– елевація або депресія сегмента ST, що свідчить про гостру ішемію міокарда до появи ознак некрозу міокарда або РСС, хоча у деяких хворих, що мають клінічну симптоматику ГКС, змін на ЕКГ може не бути. Зміни на ЕКГ не дозволяють однозначно діагностувати елевацію ST: блокада ЛНПГ (яка існувала раніше або нова), ритм кардіостимулятора або якщо інфаркт діагностовано на підставі клінічних і біохімічних критеріїв.

2. Класифікація інфаркту міокарда за елевацією сегмента ST
(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2018)

- STEMI (ST elevation myocardial infarction; ІМ з елевацією сегмента ST);
- nonSTEMI (non ST elevation myocardial infarction; ІМ без елевації сегмента ST);
- MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries; ІМ за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій (у значної кількості хворих із гострим ІМ з елевацією сегмента ST під час проведення ангіографії виявляють відсутність обструктивного ураження вінцевих артерій)).

3. Класифікація інфаркту міокарда залежно від розміру некрозу

- Трансмуральний ІМ – некроз поширюється на всю товщу серцевого м'яза від ендокарда до епікарда.
- Нетрансмуральний ІМ:
  - інтрамуральний ІМ – вогнище некрозу виникає в товщі міокарда й не досягає ні ендо-, ні епікарда;
  - субепікардіальний ІМ – ушкоджений міокард прилягає до епікарда;
  - субендокардіальний ІМ – некроз міокарда локалізується зовні біля ендокарда.

4. Класифікація інфаркту міокарда за глибиною і поширеністю некрозу

- Q-ІМ – виявляється патологічним зубцем Q, підняттям сегмента ST:
  - трансмуральний (із патологічним зубцем QS);
  - нетрансмуральний (із патологічним зубцем Q).
- Не-Q-ІМ (ІМ без патологічного зубця Q) – без підняття сегмента ST, але з ЕКГ-ознаками ішемії (зниження сегмента ST, із негативним або згладженим зубцем Т).

5. Класифікація періодів гострого інфаркту міокарда

1. Передінфарктний стан (може тривати від одного дня до чотирьох тижнів – зміна характеру больового нападу, частіше його виникнення, інтенсивніший біль, задишка, тахікардія, інколи скарги на порушення ритму).
2. Найгостріший період (перші дві години від початку хвороби – час гострої ішемії міокарда і початку його некрозу).
3. Гострий період (до десятого дня від початку хвороби – час формування вогнища некрозу).
4. Підгострий період (від чотирьох до восьми тижнів).
5. Післяінфарктний період (від двох до шести місяців – час адаптації міокарда до нових умов функціонування, сформований рубець).

6. Класифікація типів інфаркту міокарда

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітня федерація серця (World Heart Federation – WHF), 2007, доповнена Європейською асоціацією кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американським коледжом кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американською асоціацією серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітньою федерацією серця (World Heart Federation – WHF), 2018)

- Спонтанний ІМ (тип 1, спричинений ішемією внаслідок первинної вінцевої події, такої як ерозія бляшки і/або руйнування, розтріскування або розшарування (акцент на причинно-наслідкових взаємозв'язках дезінтеграції бляшки з вінцевим атеротромбозом).
- ІМ, вторинний щодо ішемії (тип 2), яка стала наслідком або збільшення потреби міокарда в кисні, або зменшення його постачання, наприклад, спазм вінцевої артерії, емболія у вінцеву артерію, анемія, аритмії, гіпертензія чи гіпотензія (включає стани з дисбалансом потреби і транспортом кисню, не зумовлений гострим вінцевим атеротромбозом).
- Раптова коронарна смерть (тип 3), включаючи зупинку серця, часто зі симптомами, що свідчать про ішемію міокарда, яка супроводжується, імовірно, новою елевацією ST, новою блокадою ЛНПГ, чи доказами наявности свіжого тромбу у вінцевій артерії під час ангіографії і/або під час автопсії, але смерть настала до того, як вдалося взяти зразки крови або біомаркери у крові ще не встигли з'явитися.
- ЧКВ-асоційований ІМ) (тип 4а).
- ІМ, спричинений тромбозом стента (тип 4б), що задокументовано за допомогою ангіографії або автопсії.
- АКШ-асоційований ІМ (тип 5).

7. Клінічні варіанти інфаркту міокарда

1. Типовий (ангінозний).
2. Атиповий.

Атипові варіанти за А. Г. Тетельбаумом:

I. Периферійний (клінічні форми: ліворуч на, ліволопаткова, ліктьова, верхньохребтова, шийна, нижньощелепна, вушна, зубна, глотково-гортанна).
II. Церебральний (клінічні форми: з епізодами непритомности, кризова, геміплегійна (за наявности гіпертонічного кризу).
III. Абдомінальний (клінічні форми: стравохідна, у вигляді проривної виразки шлунка, гострого холецистопанкреатиту).
IV. Безбольовий (клінічні форми: астматична*, аритмічна**, колаптоїдна, «декомпенсаційна» (тотальна СН із наростанням тяжкости).

Примітки: * – астматична – із серцевою астмою чи набряком легень (задишка, ядуха); ** – аритмічна – порушення серцевого ритму та провідности (ФП, НШТ та ШТ, екстрасистоли та блокади).

8. Класифікація гострої серцевої недостатности у хворих на інфаркт міокарда

(J. Kimball, 1967, доповнена T. Killip, M. Volk, S. Scheid, 1972)

Стадія I – немає ознак ГСН, III додаткового тону та хрипів у легенях, летальність 6,0–8,0 %.

Стадія II – ГСН (вологі хрипи вислуховуються на менш ніж на 50,0 % поля легень, III тон над верхівкою серця, ознаки венозної гіпертензії у легенях), летальність 30,0 %.

Стадія III – тяжка ГСН (набряк легень, вологі хрипи поширені майже над усією або над усією площею легень, протодіастолічний ритм галопу), летальність 40,0 %.

Стадія IV – кардіогенний шок (САТ менше 12 кПа (90 мм рт. ст.) із ознаками недостатности периферійної перфузії (зниження температури тіла, холодні, вологі кінцівки, олігурія, ціаноз), летальність понад 50,0 %.

9. Класифікація кардіосклерозу

(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Післяінфарктний кардіосклероз із зазначенням перенесених ІМ (дата виникнення, локалізація), варіанта і стадії СН, характер порушення ритму та провідности.
2. Аневризма серця хронічна.
3. Кардіосклероз (дифузний)* із вказанням варіанта і стадії СН, порушення ритму та провідности.

Примітка. * – термін відповідає діагнозу «ішемічна КМП»: ІХС із дифузним ураженням вінцевих артерій за результатами коронаровентрикулографії (КВГ), з вираженою дилятацією ЛШ, із глобальним ослабленням скоротливої функції міокарда, що супроводжується клінічними ознаками СН. Діагноз «ішемічна КМП» не слід ставити без КВГ-підтвердження.

E.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГПМК».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГПМК».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ГХ: ІІІ стадія (ГПМК, 23.03.2019 р.), 2-й ступінь; ХСН*: ІІА стадія; ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ГХ: ІІІ стадія (ГПМК в басейні лівої середньомозкової артерії (23.03.2019 р.); гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (23.03.2019 р.), 1-й ступінь (27.03.2019 р.); ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.03.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (27.03.2019 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І11.1 ГХ: ІІІ стадія (ГПМК в басейні лівої середньомозкової артерії (23.03.2019 р.); гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (23.03.2019 р.), 1-й ступінь (27.03.2019 р.); ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.03.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (27.03.2019 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

F.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН*: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ГХ: ІІІ стадія (Q-ІМ задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (27.02.2019 р.), 2-й ступінь; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз**; ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ГХ (ІІІ стадія (Q-ІМ задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (27.02.2019 р.); 2-й ступінь (10.02.2019 р.), 1-й ступінь (11.02.2019 р.); ризик ІІІ); ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН: ІІБ стадія; із

систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (10.02.2020 р.), ФК IV за NYHA (13.02.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I11.0 ГХ (III стадія (Q-IM задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (27.02.2019 р.); 2-й ступінь (10.02.2019 р.), 1-й ступінь (11.02.2019 р.); ризик III); ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (10.02.2020 р.), ФК IV за NYHA (13.02.2020 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«ГХ (III стадія (Q-IM задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (27.02.2019 р.); 2-й ступінь (10.02.2019 р.), 1-й ступінь (11.02.2019 р.); ризик III); ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ФШ*** (дефібриляція 13.02.2019 р.); ХСН (IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (10.02.2020 р.), ФК IV за NYHA (13.02.2020 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ГХ: ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 460,0 г, товщина стінки ЛШ 1,6 см, ПШ – 0,4 см); атеросклероз вінцевих судин; некроз задньодіафрагмальної ділянки ЛШ; хронічне венозне повнокрів'я внутрішніх органів (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанотична» індурація нирок і селезінки); двобічний гідроторакс (по 1000,0 мл, асцит – 3000,0 мл, гідроперикард – 250,0 мл, анасарка)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – див. додаток 7; *** – див. додаток 5.

4.2. I15 Симптоматична артеріальна гіпертензія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I15 Вторинна гіпертензія
- I15.0 Нирково-васкулярна гіпертензія
- I15.1 Вторинна гіпертензія, спричинена іншими нирковими порушеннями
- I15.2 Вторинна гіпертензія, спричинена ендокринними порушеннями
- I15.8 Інша вторинна гіпертензія
- I15.9 Вторинна гіпертензія, неуточнена

2. Класифікація артеріальної гіпертензії за етіологічною ознакою

(адаптовано за В. З. Нетяженком, Є. П. Свіщенком, 1997)
(Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження і впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії»)

А. Есенціальна АГ.
В. Вторинна (симптоматична) АГ.

Причини вторинної АГ:

1. Лікарські або екзогенні речовини (гормональні протизаплідні засоби – контрацептиви; глюкокортикостероїди; мінералокортикоїди; симпатичні аміни); інгібітори моноамінооксидази в поєднанні з ефедрином, тираміном або продуктами з високим умістом тираміну (деякі сорти сиру й окремі марки червоного вина, маринований оселедець, куряча печінка, боби, шоколад, банани); корінь солодки, карбеноксолон; кокаїн; НПЛЗ (індометацин, аспірин у великих дозах); циклоспорин; еритропоетин).
2. Хвороби нирок:
   2.1. Ренопаренхіматозні гіпертензії (ішемія кіркової речовини нирок):
   - двобічні – гострий гломерулонефрит; хронічний гломерулонефрит; хронічний пієлонефрит; полікістоз нирок; дифузні хвороби сполучної тканини нирок (вовчаковий нефрит, склеродермійна нирка, артеріїти); діабетна нефропатія (діабетний гломерулосклероз); гідронефроз; вроджена гіпоплазія нирок; травми нирок; інтерстиційний нефрит за наявности подагри; гіперкальціємія; фенацетинова (парацетамолова) нефропатія; амілоїдно-зморщена нирка; первинна затримка солі (синдроми Ґ. Ліддла, А. Гордона);
   - однобічні – хронічний пієлонефрит; гіпоплазія та інші вроджені дефекти нирок; сечокам'яна хвороба; обструктивна уропатія; гідронефроз; нефроптоз; ренінсекретувальна пухлина нирок; гіпернефроїдний рак нирки; плазмоцитома; нефробластома (пухлина М. Вільмса); травма нирки (перинальна гематома); хвороба пересадженої нирки.

   2.2. Реноваскулярна (вазоренальна) гіпертензія, або ренінзалежна гіпертензія.
   2.3. Реноприв'на гіпертензія (медулярний некроз нирок).
3. Хвороби надниркових залоз:
   3.1. Ураження кіркової речовини надниркових залоз: хвороба і синдром Н. М. Іценка – Г. В. Кушинга, первинний альдостеронізм (хвороба Дж. Конна), вроджена гіперплазія надниркових залоз.
   3.2. Ураження мозкової речовини надниркових залоз: феохромоцитома, хромафінні пухлини, розташовані поза надниркових залозами, злоякісні новоутвори; хвороби щитоподібної залози: гіпотироз, дифузний токсичний зоб; акромегалія, гіперпаратироз (гіперкальціємія).

4. Кардіоваскулярні гіпертензії:

4.1. Атеросклероз аорти, коарктація аорти, аортити (неспецифічний аортоартеріїт, сифілісний аортит), недостатність клапана аорти, відкрита артеріальна (Л. Боталова) протока, повна атріовентрикулярна блокада, вроджена і травматична аневризми аорти, еритремія, застійна ХСН.

5. Ускладнення вагітности (гестози вагітних).

6. Неврологічні хвороби: підвищення внутрішньочерепного тиску; діенцефальний синдром У. Пенфілда: пухлини, кісти, травми головного мозку; енцефаліт; дихальний ацидоз (затримка CO_2); апное під час сну; тотальний параліч кінцівок (квадроплегія); бульбарний поліомієліт; хронічна ішемія головного мозку внаслідок звуження сонних і хребтових артерій; гостра порфірія; отруєння свинцем, талієм; синдром Ж. Гієна – Ж. А. Барре.

7. АГ, індукована хірургічним втручанням (післяопераційна гіпертензія).

3. Класифікація симптоматичної артеріальної гіпертензії
(N. M. Kaplan, 2001)

І. Вторинні систоло-діастолічні:

1. Нефрогенні:

1.1.Хвороби паренхіми нирок:

- гострий і хронічний гломерулонефрит;
- спадковий нефрит;
- хронічний пієлонефрит;
- інтерстиційний нефрит;
- полікістоз нирок;
- обструктивні нефропатії;
- ураження нирок у разі наявности СХСТ і системних васкулітів;
- діабетна нефропатія;
- гідронефроз;
- туберкульоз нирок;
- вроджені гіпоплазії нирок;
- мієломна нефропатія;
- синдром Е. В. Гудпасчера.

1.2. Реноваскулярні АГ:

- атеросклероз ниркових артерій;
- фібромускульна гіперплазія ниркових артерій;
- тромбози ниркових артерій;
- аневризми ниркових артерій;
- неспецифічний аортоартеріїт.

1.3. Пухлини нирок, які продукують ренін.

1.4. Первинна ниркова ретенція натрію (синдром Ґ. Ліддла).

1.5. Нефроптоз.

2. Ендокринні:
   2.1. Надниркові (синдром Н. М. Іценка – Г. В. Кушинга, вроджена вірилізивна гіперплазія кори надниркових залоз, первинний гіперальдостеронізм, феохромоцитома).
   2.2. Гіпотироз.
   2.3. Акромегалія.
   2.4. Гіперпаратироз.
   2.5. Карциноїд.
3. Коарктація аорти.
4. АГ під час вагітности.
5. Неврологічні порушення:
   5.1. Підвищення внутрішньочерепного тиску (пухлини головного мозку, енцефаліт, респіраторний ацидоз).
   5.2. Квадриплегія.
   5.3. Інтоксикація свинцем.
   5.4. Гостра порфірія.
   5.5. Гіпоталамічний (діенцефальний) синдром.
   5.6. Родинна дизавтономія.
   5.7. Синдром Ж. Гієна – Ж. А. Барре.
   5.8. Нічні апное центрального генезу.
6. Гострий стрес, операційний включно:
   6.1. Психогенна гіпервентиляція.
   6.2. Гіпоглікемія.
   6.3. Опікова хвороба.
   6.4. Панкреатит.
   6.5. Абстинентний синдром у разі алкоголізму.
   6.6. Криза у хворих із серпоподібноклітинною анемією.
   6.7. Стан після реанімаційних заходів.
7. Індукована ЛЗ, а також у разі екзогенних інтоксикацій:
   7.1. Вживання оральних контрацептивів.
   7.2. Лікування глюкокортикостероїдами, мінералокортикостероїдами, симпатоміметиками, естрогенами.
   7.3. Лікування інгібіторами моноамінооксидази одночасно з уживанням продуктів, багатих на тирамін.
   7.4. Інтоксикація свинцем, талієм, кадмієм.
8. Збільшення об’єму циркулювальної крови (ОЦК):
   8.1. Надмірні внутрішньовенні вливання.
   8.2. Істинна поліцитемія.
9. Зловживання алкоголем (хронічний алкоголізм).

II. Систолічні:

1. Збільшений серцевий викид:
   1.1. Недостатність клапана аорти.
   1.2. Артеріовенозна фістула, відкрита артеріальна протока.
   1.3. Синдром тиротоксикозу.
   1.4. Хвороба Дж. Педжета.
   1.5. Гіповітаміноз B_1.

1.6. Гіперкінезійний тип гемодинаміки.
2. Склерозована ригідна аорта.

4. Причини вторинних артеріальних гіпертензій
(Sandra J.Taler, 2008)

Ниркові	Ниркові паренхіматозні хвороби Обструкція сечоводу чи сечового міхура
Реноваскулярні	Реноваскулярна гіпертензія Фібромаскулярна дисплазія Атеросклероз артерій Коарктація аорти
Ендокринні	Первинний альдостеронізм Феохромоцитома Хвороба Г. В. Кушинга Гіпо- і гіпертироїзм Гіперпаратироїзм
Інші	Обструкція сонних артерій

Якщо з'ясовано, що АГ має вторинний характер, спочатку формулюють основний діагноз, а потім зазначають: «Вторинна АГ» та вказують її стадію залежно від ураження «органів-мішеней», ступінь, ризик, СН. Якщо вторинна АГ превалює і призводить до обмеження працездатности, то діагноз АГ можна вказувати на першому місці.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГПМК».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ: ІІІ стадія (ГПМК), 2-й ступінь; ХСН*: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: ІІІ стадія (ГПМК), 2-й ступінь; ХСН: І стадія; ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«Феохромоцитома правої надниркової залози; ускладнена вторинною АГ: ІІІ стадія (ГЛШ; гострий (15.04.2019 р.) інсульт у басейні лівої середньомозкової артерії), 2-й ступінь (15.04.2019 р.), ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (15.04.2019 р.), ФК ІІІ за NYHA (16.04.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І15.2 Феохромоцитома правої надниркової залози; ускладнена вторинною АГ: ІІІ стадія (ГЛШ; гострий (15.04.2019 р.) інсульт у басейні лівої середньомозкової артерії), 2-й ступінь (15.04.2019 р.), ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (15.04.2019 р.), ФК ІІІ за NYHA (16.04.2019 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«Феохромоцитома правої надниркової залози; ускладнена вторинною АГ: ІІІ стадія (ГЛШ; гострий (15.04.2019 р.) геморагічний інсульт у басейні лівої середньомозкової артерії), 2-й ступінь (15.04.2019 р.), ризик ІІІ; ХСН (ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0%); ФК ІІ за NYHA (15.04.2019 р.), ФК ІІІ за NYHA (16.04.2019 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«Феохромоцитома правої надниркової залози (гістологічне дослідження № 326, 19.04.2019 р.) діаметром 1,0 см; ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 400,0 г, товщина стінки ЛШ 2,0 см, ПШ – 0,4 см); крововилив у ділянці скроневої, потиличної, тім'яної часток лівої гемісфери; тампонада бічних шлуночків; набряк головного мозку з дислокацією його стовбура у великий потиличний отвір».

Примітка. * – див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГХ».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН*: І стадія; ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Посттравматична (струс головного мозку (ІІ ступінь, 19.05.2019 р.)) енцефалопатія (3-й ступінь); вторинна АГ: ІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (08.10.2019 р.), 1-й ступінь (11.10.2019 р.); ризик ІІІ; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 56,0 %); ФК ІІ за NYHA (20.05.2019 р.), ФК І за NYHA (23.05.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«S06.2 Посттравматична (струс головного мозку (II ступінь, 19.05.2019 р.)) енцефалопатія (3-й ступінь); вторинна АГ: II стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (08.10.2019 р.), 1-й ступінь (11.10.2019 р.); ризик III; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 56,0 %); ФК II за NYHA (20.05.2019 р.), ФК I за NYHA (23.05.2019 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГХ».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: II стадія, 2-й ступінь; ХСН*: I стадія; ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Кальцинувальна хвороба серця: комбінована аортальна вада серця** з перевагою недостатности КА (IV стадія); вторинна АГ (II стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (09.07.2020 р.), 1-й ступінь (11.07.2020 р.); ризик III); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК II за NYHA (09.07.2020 р.), ФК I за NYHA (12.07.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I35.2 Кальцинувальна хвороба серця: комбінована аортальна вада серця з перевагою недостатности КА (IV стадія); вторинна АГ (II стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (09.07.2020 р.), 1-й ступінь (11.07.2020 р.); ризик III); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК II за NYHA (09.07.2020 р.), ФК I за NYHA (12.07.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікація набутих вад серця (див. додаток 15).

1. Класифікація набутих вад серця

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Відповідно до клінічного перебігу та хірургічної тактики:

1. Ізольований стеноз або **комбінована вада з перевагою стенозу.**

Хірургічна тактика в обох випадках однакова, а діагностика невеликої супутньої недостатности клапана на ґрунті стенозу часто утруднена.

2. Комбіновані вади без чіткої переваги.

За клінічно-інструментальними показниками визначають як стеноз, так і недостатність клапана, операцію збереження клапана або протезування клапана обирають індивідуально.

3. Ізольована недостатність або **комбінована вада з перевагою недостатности.**

Якщо потрібна операція, то більшості хворих здійснюють протезування клапана, а якійсь частині – різні варіанти пластичних операцій.

I. Етіологія: ревматична, неревматична (з уточненням).
II. Локалізація (клапан): МК, КА, ТК, ЛАК.
III. Характер ураження клапана: стеноз, недостатність, комбінована* вада.
IV. Стадія вади.
V. ХСН**: 0–III стадія, ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – комбіновані вади – стеноз і недостатність щодо одного клапана; поєднані – ураження кількох клапанів; ** – див. додаток 1.

2. Стадії набутих вад серця
(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

Стадія	Мітральний стеноз	Мітральна недостатність	Аортальний стеноз	Аортальна недостатність
I	Компенсації	Компенсації	Повної компенсації	Повної компенсації
II	Легеневого застою	Субкомпенсації	Прихованої СН	Прихованої СН
III	Правошлуночкової недостатности	Правошлуночкової декомпенсації	Відносної коронарної недостатности	Декомпенсації
IV	Дистрофійна	Дистрофійна	Виразної лівошлуночкової недостатности	Декомпенсації
V	Термінальна	Термінальна	Термінальна	Термінальна

3. Класифікація пролапсу мітрального клапана за етіологією
(цит. за І. І. Гордою, 2010)

1. Первинний пролапс МК (ідіопатійний).
2. Вторинний пролапс, що є ускладненням або одним із проявів кардіальної хвороби (ревматизму, неревматичного міокардиту, ІЕ, КМП тощо) або спадкової хвороби сполучної тканини (синдром Б. Ж. А. Марфана, Е. Елерса – Г. А. Данлоса тощо).

4. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозу мітрального клапана
(C. M. Schanwell, 2001)

1. Класичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК ≥5,0 мм.
2. Некласичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК <5,0 мм.

5. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозної дегенерації
(Я. А. Сторожакова, 1997)

1. I ступінь – потовщення стулки або стулок на 3,0–5,0 мм, змикання стулок не порушене.
2. II ступінь – потовщення на 5,0–8,0 мм, подовження стулок, глибина пролабування понад 10,0 мм, розтягування хорд, можливі поодинокі їх розриви, мітральне кільце помірно розширене, змикання порушене.
3. III ступінь – потовщення стулок понад 8,0 мм, їх подовження, максимальна глибина пролабування, численні розриви хорд, значне розширення мітрального кільця, змикання відсутнє, систолічна сепарація стулок, можливий багатоклапанний пролапс, розширення кореня аорти.

6. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ехокардіографійними критеріями
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

I. За ступенем міксоматозної дегенерації:
- I ступінь – прогинання стулок на 3,0–6,0 мм;
- II ступінь – 6,0–9,0 мм;
- III ступінь – понад 9,0 мм.

II. За ступенем мітральної регургітації:
- I ступінь (+) – систолічний потік регургітації у ділянці, що прилягає до МК;
- II ступінь (++) – систолічний потік регургітації поширюється на третину порожнини ЛП;
- III ступінь (+++) – систолічний потік регургітації поширюється на половину порожнини ЛП;
- IV ступінь (++++) – систолічний потік регургітації поширюється на переважну частину порожнини ЛП.

7. Стадії аортального стенозу

(Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA), 2014)

Стадія	Визначення	Анатомія клапана	Транскла-панна гемоди-наміка	Наслідок	Симптоми
1	2	3	4	5	6
A	Ризик АС	Двостулко-вий клапан аорти (або інші вроджені аномалії клапана). Склероз клапана	V_{max} < 2,0 м/с	Немає	Немає
B	Наростання тяжкости АС	Легка або помірна кальцифікація стулок дво- або тристулкового клапана з деяким обмеженням руху в систолу або ревматичні зміни клапана зі зрощенням комісур	АС легкого ступеня: V_{max} = 2,0–2,9 м/с або ΔP < 20,0 мм рт. ст. АС середньої тяжкости: V_{max} = 3,0–3,9 м/с або ΔP < 20,0–39,0 мм рт. ст.	Може виявлятися рання діастолічна дисфункція ЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає
C Безсимптомний тяжкий АС					
C_1	Безсимптом-ний тяжкий АС	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкриванням стулок	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або ΔP ≥ 40,0 мм рт. ст. S ≤ 1,0 см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м². Дуже тяжкий АС: $V_{max} \geq 5,0$ м/с або ΔP ≥ 60,0 мм рт. ст.	Діастолічна дисфункція ЛШ. Помірна ГЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає: проби з фізичним навантаженням доцільні для підтвердження симптомного статусу

1	2	3	4	5	6
C_2	Безсимптомний тяжкий АС із дисфункцією ЛШ	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням їх відкривання	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або $\Delta P \geq 40$ мм рт. ст. $S \leq 1,0$ см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м²)	ФВ ЛШ <50,0 %	Немає
D Симптомний тяжкий АС					
D_1	Симптомний тяжкий АС із високим градієнтом тиску	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням їх відкривання	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або $\Delta P \geq 40,0$ мм рт. ст. $S \leq 1,0$ см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м²), але може бути більше за поєднання АС й аортальної регургітації	Діастолічна дисфункція ЛШ. Гіпертрофія ЛШ. Може бути легенева гіпертензія	Задишка в разі фізичного навантаження або зниження толерантности до нього; стенокардія синкопе або пресинкопе на ґрунті фізичного навантаження
D_2	Симптомний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку/низьким градієнтом тиску зі зниженою ФВ ЛШ	Виражена кальцифікація стулок із вираженим обмеженням руху стулок	$S \leq 1,0$ см² $V_{max} < 4,0$ м/с спокою або $\Delta P < 40,0$ мм рт. ст. Під час стрес-ЕхоКГ із добутаміном $S \leq 1,0$ см² $V_{max} \geq 4,0$ м/с за будь-якої швидкости потоку	Діастолічна дисфункція ЛШ; ГЛШ; ФВ ЛШ <50,0 %	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе
D_3	Симптомний тяжкий АС із низьким градієнтом	Виражена кальцифікація стулок із вираженим	$S \leq 1,0$ см² $V_{max} < 4,0$ m/с або $\Delta P < 40,0$ мм	Збільшення відносної товщини стінки ЛШ;	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе

1	2	3	4	5	6
	тиску з нормальною ФВ ЛШ або парадоксальний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку	обмеженням руху стулок	рт. ст. $S_i \leq 0,6$ см²/м² і систоліч-ний індекс <35,0 мм/м², виміряний, коли у хво-рого САТ <140,0 мм рт. ст.	маленький розмір ЛШ з низьким ударним об'ємом; зниження діастоліч-ного наповнення; ФВ ЛШ ≥50,0 %	

Примітки: ΔP – середній градієнт тиску; S – площа отвору клапана; S_i – площа отвору клапана, індексована до площі поверхні тіла; V_{max} – максимальна швидкість транстора-кального кровоплину.

D.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ГХ: I стадія, 2-й ступінь».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Вторинна АГ: медикаментозна, спричинена вживанням оральних контрацептивів; I стадія; 2-й ступінь (03.06.2020 р.), 1-й ступінь (04.06.2020 р.); ризик I; ХСН*: 0».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I15.8 Вторинна АГ: медикаментозна, спричинена вживанням оральних контрацептивів; I стадія; 2-й ступінь (03.06.2020 р.), 1-й ступінь (04.06.2020 р.); ризик I; ХСН: 0».

Примітка. * – див. додаток 1.

E.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ. ХХН: пієлонефрит».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ; ХСН*: IIБ стадія. ХХН: пієлонефрит, фаза загострення».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: II стадія, 2-й ступінь; ХСН: IIБ стадія; ФК III за NYHA. ХХН: пієлонефрит, фаза загострення».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ХХН: IV стадія; пієлонефрит (хронічний, двобічний, фаза загострення); вторинна АГ (III стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (01.11.2019 р.), 1-й ступінь (07.11.2019 р.); ризик III); перикардит** (хронічний, уремічний, ексудативний); ХСН: IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (01.11.2019 р.), ФК IV за NYHA (09.11.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«N11.9 ХХН: IV стадія; пієлонефрит (хронічний; двобічний; фаза загострення); вторинна АГ (III стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (01.11.2019 р.), 1-й ступінь (07.11.2019 р.); ризик III); перикардит (хронічний, уремічний, ексудативний); ХСН: IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (01.11.2019 р.), ФК IV за NYHA (09.11.2019 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«ХХН (IV стадія; пієлонефрит (хронічний, двобічний, фаза загострення); вторинна АГ (III стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (01.11.2019 р.), 1-й ступінь (07.11.2019 р.); ризик III); перикардит (хронічний, уремічний, ексудативний)); набряк легень (09.11.2019 р.); ХСН (IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (01.11.2019 р.), ФК IV за NYHA (09.11.2019 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«Пієлонефрит: двобічний, хронічний, фаза загострення; вторинно-зморщена нирка (маса правої нирки 50,0 г, лівої – 70,0 г); хронічна ниркова недостатність (уремія, уремічний ерозивно-виразковий пангастрит, фібринозний ентероколіт, фібринозний перикардит); ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 460,0 г, товщина стінки ЛШ 2,1 см, ПШ – 0,4 см); набряк головного мозку та легень».

Примітки: * – див. додаток 1; ****** – класифікація перикардитів (див. додаток 8).

1. Класифікація перикардитів

(Асоціація кардіологів України, 2016)

І. Етіологічна характеристика:

- перикардит унаслідок бактерійних інфекцій;

- перикардит унаслідок інфекційних і паразитарних хвороб;
- перикардит унаслідок інших хвороб;
- перикардит неуточнений.

II. Патогенетичні та морфологічні варіанти:

- хронічний адгезивний перикардит;
- хронічний констриктивний, включно з кальцинозом перикарда;
- гемоперикард (скупчення крови між листками перикарда);
- перикардіальний випіт (незапальний) – гідроперикард, у тому числі хілоперикард (нагромадження лімфи в порожнині перикарда).

III. Ускладнення:

- міоперикардит*
- періміокардит**

IV. Ступінь вираженості перикардіального випоту, оцінений ультразвуковими й іншими методами досліджень*:**

- незначний;
- середній;
- значний.

V. Характер перебігу:

- гострий (менш ніж три місяці)
- хронічний (понад три місяці)
- з наростанням тяжкости (тривалість без ремісії понад чотири–шість тижнів, але менш ніж три місяці).

VI. ХСН: ХСН: 0–III стадії, ФК I–IV за NYHA.

Примітки:* – термін «міоперикардит» означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення концентрації тропоніну, креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ за показниками ЕхоКГ або магнітно-резонансної томографії (МРТ);

** – термін «періміокардит» означає первинне ураження міокарда й може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними маркерами ушкодження міокарда та ознаками нового вогнищевого або дифузного ослаблення скоротливої функції ЛШ, діагностованого ЕхоКГ або МРТ;

*** – напівкількісна оцінка об'єму перикардіального випоту (за результатами ЕхоКГ): незначна кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив ехосигналів між листками перикарда – до 3,0 мм. Рідина визначається лише в ділянці задньої стінки; помірна кількість – діастолічний розрив – від 3,0 до 8,3 мм. Рідина визначається в ділянці задньої стінки ЛШ і часто за ЛП, є гіпокінез задньої стінки ЛШ, помірна гіпокінезія верхівки серця; виражена кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив – від 8,3 до 20,0 мм і більше, рідина визначається як ззаду, так і спереду, збільшуючись від основи серця до його задньої стінки, виражений гіпокінез усіх стінок серця, псевдопролабування АВ клапанів.

2. Класифікація перикардіальних випотів
(M. S. Horowitz, 1974)

Тип випоту	Ехокардіографічні ознаки
A	Випоту немає
B	Сепарація епікарда та перикарда 3,0–16,0 мл
C_1	Випіт – понад 16,0 мл
C_2	Систолічна та діастолічна сепарація епікарда й перикарда з послабленням рухливости перикарда
D	Виражена сепарація епікарда та перикарда з великим еховільним простором
E	Стовщення перикарда (понад 4,0 мм)

3. Характеристика перикардіального випоту за ступенем виразности
(за результатами ехокардіографії)
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Випіт залежно від ступеня виразности	Характеристика
Незначний	Сепарація листків перикарда в діастолу менш ніж 10,0 мм
Помірний	Сепарація листків перикарда понад 10,0 мм, максимальна кількість рідини виявляється у ділянці верхівки ЛШ та за ЛП
Значний	Сепарація листків перикарда понад 20,0 мм
Дуже виразний	Понад 20,0 мм і стиснення камер серця ззаду та спереду

4. Класифікація перикардиту
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- **Гострий** (тривалість менш ніж чотири тижні).
- **Недолікований** (від чотирьох–шести тижнів до трьох місяців без ремісії).
- **Перикардит, який рецидивує:** рецидив після задокументованого гострого перикардиту за наявности безсимптомного періоду 4–6 тижнів або більше (зазвичай 8–24 місяці, однак точно верхню межу не з’ясовано).
- **Хронічний:** тривалість понад три місяці.

5. I20–I25 Ішемічна хвороба серця

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I20	Стенокардія
I21	Гострий ІМ
I22	Повторний ІМ
I23	Деякі поточні ускладнення гострого ІМ
I24	Інші варіанти гострої ІХС
I25	Хронічна ІХС

2. Класифікація ішемічної хвороби серця
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Раптова коронарна смерть.
2. Стенокардія.
3. Нестабільна стенокардія.
4. Гострий ІМ.
5. Кардіосклероз.
6. Безбольовий варіант ІХС.

Примітки:
- синдром стенокардії може супроводжувати інші хвороби, які провокують відносну коронарну недостатність, і тоді термін «стенокардія» може фігурувати в діагнозі після зазначення основної хвороби (АС чи інші вади серця, ГКМП, пролапс МК тощо);
- різні ускладнення у разі як гострих, так і хронічних варіантів ІХС (розрив серця, тромбоемболія, аритмія тощо) мають бути зазначені в діагнозі, але окремо шифр їм не присвоюється;
- у діагнозі вказуються лікарські втручання і терміни їх виконання: АКШ чи МКШ із зазначенням кількости шунтів, транслюмінальна ангіопластика та стентування із зазначенням судин, на яких проводили втручання, балонна контрапульсія, електрофізіологічні втручання (тимчасова або постійна електрокардіостимуляція, абляція), дефібриляція.

5.1. I46.0–I46.1 Раптова коронарна смерть

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Причини та чинники ризику раптової серцевої смерти

- ІХС
- Хвороби міокарда:
  - КМП: ДКМП, ГКМП, аритмогенна КМП (АКМП) ПШ, РКМП;
  - міокардит;

- Порушення ритму та провідності:
  - синдром подовженого інтервалу QT, синдром укороченого інтервалу QT (<330,0 м/с), синдром П. і Й. Бругада, синдром передчасного збудження шлуночків.
- Клапанна хвороба серця (пролапс МК, АС).
- Метаболічні порушення, спричинені зміною концентрації калію, кальцію, магнію, катехоламінемія.
- Вроджені вади серця:
  - первинна легенева гіпертензія;
  - тетрада Е. Л. А. Фалло;
  - аномалія В. Ебштейна;
  - вроджена повна АВ-блокада.
- Лікарські засоби (антиаритмійні засоби, трициклічні антидепресанти).
- Пухлини серця.
- Аномалії розвитку вінцевих артерій, міокардіальні містки.
- «Спортивне серце».

2. Класифікація раптової коронарної смерти
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Раптова коронарна смерть:
1. Раптова клінічна коронарна смерть із подальшим оживленням.
2. Раптова коронарна смерть (летальний випадок).

3. Ризик настання раптової серцевої смерти
(J. T. Bigger, 1984)

Групи ризику	Ризик настання раптової серцевої смерти упродовж року
Група помірного ризику	
ІМ в анамнезі або ФВ ЛШ менш ніж 40,0 %	5,0 %
ІМ + ФВ ЛШ <40,0 % або ІМ + часта ШЕ або ФВ ЛШ <40,0 % + ШЕ	10,0 %
ІМ + ФВ ЛШ <40,0% + ШЕ	15,0 %
Група високого ризику	
Хворі, які пережили РСС	30,0–50,0 %
ШТ + синкопе	30,0–50,0 %
ШТ + мінімальні клінічні прояви	20,0–30,0 %

4. Ризик раптової серцевої смерти у хворих із порушенням ритму і провідности серця
(R. Fogoros, 2006)

Високий ризик
• ФШ • ШТ • АВ блокада ІІІ ступеня з низькою частотою замісного ритму • Синдром WPW із антероградним проведенням з ФП
Середній ризик
• Шлуночкова ектопія за наявности структурного ураження серця • АВ блокада ІІ ступеня • АВ блокада ІІІ ступеня з адекватною частотою замісного ритму • ФП
Низький ризик
• Передсердна ектопія • Шлуночкова ектопія без структурного ураження • НШТ • АВ блокада І ступеня

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Синкопе».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: раптова коронарна смерть».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: раптова коронарна смерть».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: раптова коронарна смерть із оживленням (27.12.2018 р.); ХСН*: 0».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І46.0ІХС: раптова коронарна смерть із оживленням (27.12.2018 р.); ХСН: 0».

Примітка. * – див. додаток 1.

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС».
3. Клінічний діагноз:
3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: раптова коронарна смерть».
3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: раптова коронарна смерть (15.10.2018 р.); ХСН*: 0».
4. Остаточний діагноз:
4.1. Клінічний діагноз:
«I46.1ІХС: раптова коронарна смерть (15.10.2018 р.); ХСН: 0».
4.2. Посмертний діагноз:
4.2.1. Клінічний діагноз:
«I46.1ІХС: раптова коронарна смерть (15.10.2018 р.); ХСН: 0; набряк головного мозку».
4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:
«Раптова коронарна смерть (вогнища нерівномірного кровонаповнення міокарда МШП серця; стенозувальний атеросклероз артерій серця (3-й ступінь, ІІ стадія, стеноз до 50,0 % просвіту лівої низхідної артерії); гостре загальне венозне повнокрів'я; рідка кров у порожнинах серця та у просвіті аорти; набряк головного мозку».

Примітка. * – див. додаток 1.

5.2. I20 Стенокардія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I20 Стенокардія
- I20.0 Нестабільна стенокардія
- I20.1 Стенокардія із зареєстрованим спазмом судин
- I20.8 Інші клінічні варіанти стенокардії
- I20.9 Стенокардія, неуточнена

2. Класифікація стенокардії
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Стенокардія:
1.1. Стабільна стенокардія напруги* (із зазначенням ФК I–IV за класифікацією Канадської асоціації кардіологів (CAC), у хворих із

ФК IV стенокардія малих навантажень може клінічно виявлятися як стенокардія спокою)**.

1.2. Мікроваскулярна стенокардія (наявність клінічних симптомів та ознак ішемії міокарда за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій ангіографічно).

1.3. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, М. Принцметала).

1.4. Рефрактерна стенокардія*** (хронічний стан, що триває понад три місяці, спровокований клінічно підтвердженою рекурентною ішемією міокарда за наявности ураження вінцевих судин, яку не можна адекватно контролювати за допомогою комбінованого медикаментозного лікування, ангіопластики або АКШ).

2. Нестабільна стенокардія:

2.1. Нестабільна стенокардія, що виникла вперше (виникнення вперше в житті нападів стенокардії із транзиторними змінами ЕКГ у стані спокою до 28 діб).

2.2. Стенокардія з наростанням тяжкости (виникнення стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією навантаження, негативні зміни ФК стенокардії, погіршення толерантности до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).

2.3. Рання постінфарктна стенокардія (з 3-ї до 28-ї доби після ІМ).

Примітки: * – коректно подавати діагноз «стабільна стенокардія напруги» як «стабільна стенокардія навантаження»; ** – якщо у хворого є стабільна стенокардія навантаження, у діагнозі вказують лише ФК останньої, ФК хворого з ХСН за NYHA не наводять; *** – термін «рефрактерна стенокардія» запропонований у 2002 р. об'єднаною робочою групою Європейського товариства кардіологів з лікування рефрактерної стенокардії.

3. Класифікація функціональних класів стабільної стенокардії навантаження

(Канадська асоціація кардіологів
(Canadian Association of Cardiologists – CAC), 1976)

Для стабільної стенокардії характерні напади болю, що є стереотипними й не змінюються за характером і частотою упродовж останнього місяця.

ФК I – «латентна» стенокардія: напади болю виникають рідко, зазвичай під час максимальних фізичних і психоемоційних навантажень, зміни на ЕКГ фіксують рідко, ангіографічно спостерігається звуження вінцевих артерій (частіше однієї) на 50,0 % і менше.

ФК II – напади виникають, коли людина піднімається вище ніж на другий поверх або під час ходьби у звичайному темпі по рівній місцевості на відстань більш ніж два квартали*, переносимість фізичного навантаження обмежена, ангіографічно – уражені одна-дві вінцеві артерії (стеноз <70,0 %).

ФК III – напади виникають під час піднімання сходами на один поверх або під час ходьби по рівній місцевості на відстань один-два квартали*, толерантність до фізичного навантаження значно обмежена, ангіографічно двітри вінцеві артерії звужені на 70,0–80,0 %.

ФК IV – напади виникають під час незначних фізичних навантажень (побутові умови), часто спостерігаються напади стенокардії спокою, ангіографічно – значно уражені всі чотири (включно з розгалуженнями) вінцеві артерії.

Примітка. * – еквівалент 100–200 м.

4. Стратифікація ризику серцево-судинних подій

(Асоціація кардіологів України, 2016;
Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги
хворим зі стабільною ІХС, МОЗ України від 02.03.2016 р.)

ЕКГ-проби з дозованим фізичним навантаженням (індекс J. B. Duke)*	**Ризик**	**Смертність >3,0 % Смертність 1,0–3,0 % Смертність <1,0 %**
Методи візуалізації ішемії	Високий	Ділянка ішемії >10,0 % (однофотонна емісійна КТ >10,0 %); МРТ >2/16 сегментів із новими дефектами перфузії, >3 добутамін-індукованих сегментів, >3 сегментів ЛШ на стрес-ЕхоКГ**).
	Середній	Ділянка ішемії 1,0–10,0 % чи будь-яка ішемія меншого обсягу, ніж за високого ризику (МРТ, стрес-ЕхоКГ)
	Низький	Ішемії немає
Комп'ютерна томографія (КТ)-коронарографія	Високий	Значні ушкодження категорії високого ризику (трисудинне ураження з проксимальними стенозами, стенозом стовбура лівої вінцевої артерії, проксимальним стенозом передньої низхідної міжшлуночкової артерії
	Середній	Значні ушкодження в проксимальних сегментах головних артерій (за винятком тих, що належать до категорії високого ризику)
	Низький	Нормальні чи мало змінені вінцеві артерії

Примітки: *– оцінювання прогнозу за результатами ЕКГ-проб із дозованим фізичним навантаженням (тредміл) передбачає використання індексу J. B. Duke. Цей індекс визначає вірогідні показники: щорічної смертности, п'ятирічного виживання і ступеня ураження вінцевих артерій. Для його визначення потрібні такі параметри: амплітуда максимальної депресії сегмента ST під час тредміл-тесту, пороговий показник і наявність стенокардії. Індекс J. B. Duke можна обчислити, скориставшись калькулятором, за електронною адресою: http;//www.cardiology.org/tools/medcalc/duke/;

** – під час використання стрес-ЕхоКГ, високий ризик визначається порушенням сегментарної скоротливости стінок ЛШ більш ніж трьох сегментів 17-сегментної моделі. Високим вважається ризик під час стресіндукованих порушень перфузії >10,0 % міокарда ЛШ і відповідних аномалій у двох сегментах і більше. У разі застосування МРТ високий ризик відповідає порушенням перфузії у більш ніж трьох сегментах 17-сегментної моделі за використання стрес-тесту з добутаміном і >10,0 % (два і більше сегментів 17-сегментної моделі) під час застосування аденозину. Проте обчислення ССР з урахуванням висновків МРТ має певні обмеження, оскільки в сучасних стандарних методиках доступні лише три зрізи ЛШ.

5. Шість клінічних сценаріїв, що їх найчастіше фіксують у хворих із хронічним коронарним синдромом

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2019)

I – хворі з підозрою на ІХС і «стабільними» ангінальними симптомами та/або задишкою;
II – хворі з новим епізодом СН або дисфункції ЛШ і підозрою на ІХС;
III – безсимптомні хворі та хворі зі стабілізованими симптомами – менше одного року після ГКС або хворі з недавньою реваскуляризацією;
IV – безсимптомні хворі та хворі з клінічними проявами стенокардії, у яких ще не минуло року після встановлення діагнозу або реваскуляризації;
V – хворі на стенокардію із підозрою на судинні або мікросудинні хвороби;
VI – безсимптомні хворі, у яких під час скринінгу діагностується ІХС.

6. Стратифікація ризику на основі тестів, що їх застосовують для виявлення ішемії

(Асоціація кардіологів України, 2016;
Уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги хворим зі стабільною ІХС (МОЗ України від 02.03.2016 р.))

Рекомендації	Клас рекомендацій	Рівень доказовости
1	2	3
Стратифікація ризику ґрунтується на клінічних показниках і результатах стрес-тестування, на підставі яких формулюється діагноз «стабільна ІХС»	I	B

1	2	3
Хворим із недіагностичними результатами проби з дозованим фізичним навантаженням (ДФН) для стратифікації ризику рекомендовано стрес-тести з візуалізацією міокарда	I	B
Повторне проведення проб із ДФН для стратифікації ризику рекомендовано хворим зі стабільною ІХС, якщо є виражені клінічні симптоми	I	B
Стрес-тести з візуалізацією рекомендовано для стратифікації ризику в разі погіршення стану хворих із підтвердженою ІХС за умови, що поширеність ішемії може вплинути на вибір клінічної тактики	I	B
Фармакологічні стрес-тести з ЕхоКГ доцільно застосовувати у хворих із блокадою лівої ніжки пучка В. Гіса	IIA	B
Стрес-ЕхоКГ доцільно застосовувати у хворих зі штучним водієм ритму	IIA	B

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ХСН*: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ХСН: I стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I20.8 ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ФК III (11.05.2019 р.), ФК II (13.05.2019 р.); коронарографія (12.05.2019 р., стеноз правої вінцевої артерії (ПВА) 85,0 %); стентування ПВА (12.05.2019 р., елютинг-стент); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

Примітка. * – див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІ; ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: мікроваскулярна стенокардія; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (23.01.2020 р.), ФК І за NYHA (26.01.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I20.1 ІХС: мікроваскулярна стенокардія; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (23.01.2020 р.), ФК І за NYHA (26.01.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія; ФК ІІ за NYHA».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: нестабільна стенокардія; ХСН: ІІА стадія; ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: вазоспастична стенокардія (епізоди ішемії міокарда з елевацією сегмента ST зафіксовані за допомогою добового моніторування ЕКГ за Н. Холтером, 24.03.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (24.03.2019 р.), ФК І за NYHA (28.03.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I20.1 ІХС: вазоспастична стенокардія (епізоди ішемії міокарда з елевацією сегмента ST зафіксовані за допомогою добового моніторування ЕКГ за Н. Холтером, 24.03.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (24.03.2019 р.), ФК І за NYHA (28.03.2019 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

D.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: нестабільна стенокардія, що виникла вперше (27.03.2019 р.); екстрасистолія**: шлуночкова, поліморфна; ХСН: ІІА стадія».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: нестабільна стенокардія, що виникла вперше (27.03.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (01.04.2019 р.); ФК ІІІ (01.04.2019 р.), ФК І (06.04.2019 р.); екстрасистолія: шлуночкова, мономорфна, 2-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І20.0 ІХС: нестабільна стенокардія, що виникла вперше (27.03.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (01.04.2019 р.); ФК ІІІ (01.04.2019 р.), ФК І (06.04.2019 р.); екстрасистолія: шлуночкова, мономорфна, 2-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – див. додаток 3.

E.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: нестабільна стенокардія з наростанням тяжкости (25.03.2019 р.); ХСН: ІІА стадія».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: стенокардія з наростанням тяжкости (25.03.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (30.03.2019 р.); ФК ІІІ (30.03.2019 р.), ФК ІІ (04.04.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І20.0 ІХС: стенокардія з наростанням тяжкости (25.03.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (30.03.2019 р.); ФК ІІІ (30.03.2019 р.), ФК ІІ (04.04.2019 р.); ХСН: ІІА стадія, зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %)».

Примітка. * – див. додаток 1.

5.3. I21–I23 Інфаркт міокарда

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I21 Гострий ІМ
- I21.0 Гострий трансмуральний ІМ передньої стінки
- I21.1 Гострий трансмуральний ІМ нижньої стінки
- I21.2 Гострий трансмуральний ІМ іншої локалізації
- I21.3 Гострий трансмуральний ІМ неуточненої локалізації
- I21.4 Гострий субендокардіальний ІМ
- I21.8 Повторний ІМ іншої локалізації
- I21.9 Гострий ІМ, неуточнений

I22 Повторний ІМ
- I22.0 Повторний ІМ передньої стінки
- I22.1 Повторний ІМ нижньої стінки
- I22.9 Повторний ІМ, неуточнений

I23 Деякі поточні ускладнення гострого ІМ
- I23.0 Гемоперикардіум як поточне ускладнення гострого ІМ
- I23.1 Дефект передсердно-шлуночкової перегородки як ускладнення гострого ІМ
- I23.2 Дефект МШП як ускладнення гострого ІМ
- I23.3 Розрив серцевої стінки без гемоперикардіуму як ускладнення гострого ІМ
- I23.4 Розрив сухожилкових хорд як ускладнення гострого ІМ
- I23.5 Розрив соскоподібного м’яза як ускладнення гострого ІМ
- I23.6 Тромбоз передсердя і шлуночка як ускладнення гострого ІМ
- I23.8 Інші ускладнення гострого ІМ

2. Класифікація інфаркту міокарда

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. № 164; уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.07.2014 р. № 455).

Діагноз формулюють із зазначенням:

- дати виникнення (до 28 діб);
- локалізації (передня стінка, передньоверхівковий, передньобічний, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобічний, нижньозадній, нижньобазальний, верхівково-бічний, базально-латеральний, верхньобічний, бічний, задній, задньобазальний, задньобічний, задньосептальний, септальний, ПШ)*;
- первинний, рецидивний (від 3-ї до 28-ї доби), повторний.

Примітка. * – зазначати розміри та локалізацію не обов'язково, якщо виникають труднощі в ЕКГ-діагностиці.

ГКС зі стійкою елевацією або без елевації сегмента ST на ЕКГ – це попередній діагноз до з'ясування, чи є ушкодження серця внаслідок ішемії міокарда чи немає (нестабільна стенокардія). На ЕКГ– елевація або депресія сегмента ST, що свідчить про гостру ішемію міокарда до появи ознак некрозу міокарда або РСС (терміном до 3 діб, відповідає коду I24.8 за МКХ-10), хоча у частини хворих, що мають клінічні симптоми ГКС, змін на ЕКГ може не бути. За змінами на ЕКГ не можна однозначно діагностувати елевацію ST: блокада ЛНПГ (яка існувала раніше або нова), ритм кардіостимулятора або якщо інфаркт діагностовано на підставі клінічних і біохімічних критеріїв.

3. Класифікація інфаркту міокарда за елевацією сегмента ST
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2018)

- STEMI (ST elevation myocardial infarction);
- nonSTEMI (non ST elevation myocardial infarction);
- MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries) ІМ за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій. У значної частини хворих із гострим ІМ з елевацією сегмента ST під час проведення ангіографії виявляється відсутність обструктивного ураження вінцевих артерій.

4. Класифікація інфаркту міокарда залежно від розміру некрозу

- Трансмуральний ІМ – некроз поширюється на всю товщу серцевого м'яза від ендокарда до епікарда.
- Нетрансмуральний ІМ:
  - інтрамуральний ІМ – вогнище некрозу виникає у товщі міокарда і не досягає ні ендокарда, ні епікарда;
  - субепікардіальний ІМ – ушкоджений міокард прилягає до епікарда;
  - субендокардіальний ІМ – некроз міокарда локалізується зовні біля ендокарда.

5. Класифікація інфаркту міокарда за глибиною і поширеністю некрозу

- Q-ІМ – виявляється патологічним зубцем Q, підняттям сегмента ST:
  – трансмуральний (із патологічним зубцем QS);
  – нетрансмуральний (із патологічним зубцем Q).
- Не-Q-ІМ (ІМ без патологічного зубця Q) – без підняття сегмента ST, але з ЕКГ-ознаками ішемії (зниження сегмента ST, із від'ємним або згладженим зубцем Т) (дрібновогнищевий).

6. Класифікація періодів гострого інфаркту міокарда

1. Передінфарктний стан (може тривати від одного дня до чотирьох тижнів – зміна характеру больового нападу, частіше його виникнення, інтенсивніший біль, задишка, тахікардія, інколи скарги на порушення ритму).
2. Найгостріший період (упродовж перших двох годин від початку хвороби – час гострої ішемії міокарда і початку його некрозу).
3. Гострий період (до десятого дня від початку хвороби – час формування вогнища некрозу).
4. Підгострий період (від чотирьох до восьми тижнів).
5. Постінфарктний період (від двох до шести місяців – час адаптації міокарда до нових умов функціонування, сформований рубець).

7. Класифікація типів інфаркту міокарда

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітня федерація серця (World Heart Federation – WHF), 2007, із доповненнями Європейської асоціації кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американського коледжу кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американської асоціації серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітньої федерації серця (World Heart Federation – WHF), 2018)

- Спонтанний ІМ (тип 1, спричинений ішемією унаслідок первинної вінцевої події, такої як ерозія бляшки і/або руйнування, розтріскування або розшарування (акцент на причинно-наслідкових взаємозв'язках дезінтеграції бляшки з вінцевим атеротромбозом).
- ІМ, вторинний щодо ішемії (тип 2), яка стала наслідком або збільшення потреби міокарда в кисні, або зменшення його постачання, наприклад, спазм вінцевої артерії, емболія у вінцеву артерію, анемія, аритмії, гіпертензія чи гіпотензія (включає стани з дисбалансом потреби і транспортом кисню, не зумовлені гострим вінцевим атеротромбозом).

- Раптова коронарна смерть (тип 3), включаючи зупинку серця, часто зі симптомами, що свідчать про ішемію міокарда, яка супроводжується, імовірно, новою елевацією ST, новою блокадою ЛНПГ, чи доказами наявности свіжого тромбу у вінцевій артерії під час ангіографії і/або під час автопсії, але смерть настала до того, як вдалося взяти зразки крови, або коли біомаркери у крові ще не встигли з'явитися.
- ЧКВ-асоційований ІМ) (тип 4а).
- ІМ, спричинений тромбозом стента (тип 4б), що задокументовано за допомогою ангіографії або автопсії.
- АКШ-асоційований ІМ (тип 5).

8. Клінічні варіанти інфаркту міокарда

1. Типовий (ангінозний).
2. Атиповий.

Атипові варіанти за А. Г. Тетельбаумом:

I. Периферійний (клінічні варіанти: ліворучний, ліволопатковий, ліктьовий, верхньохребтовий, шийний, нижньощелепний, вушний, зубний, глотково-гортанний).
II. Церебральний (клінічні варіанти: з епізодами непритомности, кризовий, геміплегійний (за наявности гіпертонічного кризу).
III. Абдомінальний (клінічні варіанти: стравохідний, у вигляді проривної виразки шлунка, гострого холецистопанкреатиту).
IV. Безбольовий (клінічні варіанти: астматичний*, аритмічний**, колаптоїдний, «декомпенсаційний» (тотальна ХСН із наростанням тяжкости).

Примітки: * – із серцевою астмою чи набряком легень (задишка, ядуха); ** – порушення серцевого ритму і провідности (ФП, НШТ, ШТ, екстрасистоли та блокади).

9. Класифікація гострої серцевої недостатности у хворих на інфаркт міокарда

(J. Kimball, 1967, доповнена T. Killip, M. Volk, S. Scheid, 1972)

Стадія I – немає ознак ГСН, III додаткового тону та хрипів у легенях, летальність 6,0–8,0 %.

Стадія II – ГСН (вологі хрипи вислуховуються на менш ніж над 50,0 % площі легень, III тон над верхівкою серця, ознаки венозної гіпертензії у легенях), летальність 30,0 %.

Стадія III – тяжка ГСН (явний набряк легень, вологі хрипи поширені майже над усією або над усією площею легень, протодіастолічний ритм галопу), летальність 40,0 %.

Стадія IV – кардіогенний шок (САТ менше 12 кПа (90 мм рт. ст.) із ознаками недостатности периферійної перфузії (зниження температури тіла, холодні, вологі кінцівки, олігурія, ціаноз), летальність понад 50,0 %.

10. Стратифікація серцево-судинного ризику

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2018)

У гострий період усі хворі з ГКС із елевацією сегмента ST вважаються хворими високого ризику і потребують проведення невідкладного реперфузійного лікування за умов збереження ознак гострої ішемії.

На етапі відновного лікування ступінь ризику і потребу в подальшому інвазивному/хірургічному лікуванні визначають за результатами навантажувального тесту й оцінювання систолічної функції ЛШ.

Шкали оцінювання ССР у хворих із ГКС:

- Загальний реєстр гострих коронарних подій (Global Registry of Acute Coronary Events – GRACE) : шкала для ГКС із елевацією та без елевації сегмента ST.
- Спрощений загальний реєстр гострих коронарних подій (mini Global Registry of Acute Coronary Events – Mini-GRACE): шкала для ГКС без елевації ST (без креатиніну та класу T. Killip).
- Тромбоцитарний глікопротеїн у хворих на нестабільну стенокардію під час лікування інтегриліном (Platelet Glicoprotein IIb-IIIa in Unstable Angina Supression Using Integrilin Therapy – PURSUIT): шкала для ГКС без елевації ST (найпростіша).
- Тромболізис під час інфаркту міокарда (trombolysis in myocardial infaection – TIMI).
- Шкала оцінювання ризику кровотечі (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcome – CRUSADE).

11. Загальний реєстр гострих коронарних подій (Global Registry of Acute Coronary Events – GRACE)

(Алгоритм оцінювання прогнозу смерти у хворих із симптомами ІМ)

Параметр	Показник	Бал	Параметр	Показник	Бал
1	2	3	4	5	6
Вік, роки	<40	0	Креатинін, мг/дл	0,00–0,39	2
	40–49	18		0,04–0,79	5
	50–59	36		0,80–1,19	8
	60–69	55		1,20–1,59	11
	70–79	73		1,60–1,99	14
	>80	91		2,00–3,99	23
ЧСС, уд./хв	<70	0		>4,01	31
	70–89	7	Клас T. Killip	I	0
	90–109	13		II	21
	110–149	23		III	43
	150–199	36		IV	64
	>200	46	Зупинка кровообігу		43

1	2	3	4	5	6
САТ	<80	63	Підвищення біомаркерів		15
	80–89	58	Відхилення ST		30
	100–119	47			
	120–139	37			
	140–159	26			
	160–199	11			
	>200	0			

Оцінювання ризику за шкалою GRACE:
- низький ризик ≤108 – шпитальна летальність <1,0 %;
- середній 109–140 – шпитальна летальність 1,0–3,0 %;
- високий >140 – шпитальна летальність >3,0 %.

Оцінювання ризику за шкалою miniGRACE:

Бали	**Смертність від ІМ упродовж шести місяців, %**
<70	0–1,6
71–87	1,6–3,1
88–100	3,1–5,5
101–112	5,5–9,5
>112	>9,5

12. Тромбоцитарний глікопротеїн у хворих на нестабільну стенокардію під час лікування інтегриліном (Platelet Glicoprotein IIb-IIIa in Unstable Angina Supression Using Integrilin Therapy – PURSUIT)

Показник		**Бали**
Вік, роки	50–59	8
	60–69	9
	70–79	11
	>80	12
Чоловіча стать		1
Стенокардія ФК III–IV за останні шість тижнів		2
Серцева недостатність (хрипи >1/3 легеневого поля)		2
Депресія ST на ЕКГ		1

Оцінювання смертности від ІМ за шкалою PURSUIT

Ризик	Смертність від ІМ упродовж 30 днів, %	Сума балів
Низький	<10	≤12
Середній	10–19	13–14
Високий	>19	≥14

13. Шкала оцінювання прохідности вінцевих артерій під час інфаркту міокарда (trombolysis in myocardial infaection – TIMI)

TIMI 0	Відсутність антеградного кровоплину. Контраст у ділянці оклюзії не візуалізується
TIMI 1	Часткове просочування контрасту нижче від точки оклюзії
TIMI 2	Контраст судини зі сповільненим наповненням дистального русла
TIMI 3	Нормальний кровоплин

14. Оцінювання ризику кровотечі за даними реєстру Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcome – CRUSADE

Предиктор	Бали
1	2
Гематокрит, %	
<31	9
31–33,9	7
34 – 36,9	3
37–39,9	2
> 40	0
Кліренс креатиніну, мм/хв	
< 15	39
15–30	35
30–60	28
60–90	17
90–120	7
>120	0
ЧСС	
<70	0
71–80	1
81–90	3
91–100	6
101–110	8
111–120	10
>121	11

1	2
Стать	
Чоловіча	0
Жіноча	8
Наявність ознак ІХС	
Так	7
Ні	0
Хвороби судин у анамнезі	
Так	7
Ні	0
ЦД	
Так	6
Ні	0
САТ, мм рт. ст.	
< 90	10
91–100	8
101–120	5
121–180	1
181–200	3
>201	3

Оцінювання ризику великої кровотечі в стаціонарі:
- Дуже низький (3,1 %) ≤20;
- Низький (5,5 %) 21–30;
- Помірний (8,6 %) 31–40;
- Високий (11,9 %) 41–50;
- Дуже високий (19,5 %) >50.

15. Визначення ступеня ризику і потреби в подальшому інвазивному/хірургічному лікуванні

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Рівень ризику	**Показник**
1	2
Низький	Функціональна здатність ≥7 метаболічних еквівалентів (МЕТ)* не виявлено ознак ішемії міокарда під час навантажувального тестування (об'єм виконаної роботи >22 кДж) нормальна функція ЛШ (ФВ ≥50,0 %)
Середній	Функціональна здатність >5 МЕТ, <7 МЕТ; виявлено ознаки ішемії міокарда під час навантажувального тестування (обсяг виконаної роботи 22 кДж) зміни геометрії ЛШ, ФВ ЛШ 35,0–49,0 % значні коливання АТ під час фізичного навантаження

1	2
Високий	Стенокардія, що погано піддається лікуванню, функціональна здатність ≤5 МЕТ ознаки ішемії міокарда під час проведення проби з ДФН (обсяг виконаної роботи <22 кДж) застійна ХСН, ФВ ЛШ ≤35,0 % значна кількість екстрасистол високих градацій

Примітка. * – МЕТ – одиниця споживання кисню у стані спокою, що приблизно відповідає 3,5 мл кисню на 1,0 кг маси тіла за 1 хв.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST по задньодіафрагмальній стінці ЛШ; ГХ**: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (28.08.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньодіафрагмальної стінки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (30.08.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.08.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (12.09.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.1 ІХС: гострий (28.08.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньодіафрагмальної стінки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія,1-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (30.08.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.08.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (12.09.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – класифікація гіпертонічної хвороби (див. додаток 9).

1. Класифікація артеріальної гіпертензії за ураженням «органів-мішеней»

(Всесвітня організація охорони здоров'я – ВООЗ, 1996)

Класифікація була прийнята в Україні 1992 р. відповідно до Наказу МОЗ України від 30.12.92 р. № 206 і рекомендована для подальшого застосування згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії», а також Європейською асоціацією кардіологів **(**European Society of Cardiology – ESC)/ Европейською асоціацією гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH), 2018).

Цю класифікацію рекомендується застосовувати для з'ясування стадії ГХ (есенціальної гіпертензії) і вторинної АГ.

Стадія	Ураження «органів-мішеней»
I	Об'єктивних ознак органічних уражень «органів-мішеней» немає
II	Є об'єктивні ознаки ураження «органів-мішеней» без маніфестації симптомів або порушення функції: • ГЛШ (на ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенограмі) або • генералізоване звуження артерій сітківки, або • мікроальбумінурія чи протеїнурія і/або незначне підвищення концентрації креатиніну в плазмі (у жінок >107,0–124,0 мкмоль/л, у чоловіків >115,0–133,0 мкмоль/л) • Ураження сонних артерій – потовщення комплексу інтима-медія ≥0,9 мм або наявність атеросклерозної бляшки
III	Є об'єктивні ознаки ушкодження «органів-мішеней» із маніфестацією симптомів і порушенням функції: Серце: ІМ; СН: IIA–III стадії. Мозок: інсульт; ТІА; гостра гіпертензивна енцефалопатія; хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії; судинна деменція. Очне дно: крововиливи й ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної АГ). Нирки: концентрація креатиніну в плазмі у жінок >124,0 мкмоль/л, у чоловіків >133,0 мкмоль/л. Судини: розшарування аорти, оклюзивне ураження периферійних артерій

2. Класифікація гіпертензії на основі вимірювання офісного артеріального тиску
(Глобальні рекомендації Міжнародного товариства з артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension – ISH), 2020)

Категорія	САТ, мм рт. ст.		ДАТ, мм рт. ст.
Нормальний	<130	і/або	<85
Високий	130–139	і/або	85–89
1-й ступінь АГ	140–159	і/або	90–99
2-й ступінь АГ	160–170	і/або	100–109

3. Спрощена стратифікація ризику у хворих із артеріальною гіпертензією
(Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension), 2020

Інші ЧР, ураження «органів-мішеней» або ССХ	Високий/ нормальний САТ 130–139/ ДАТ 85–89	Ступінь 1 САТ 140–159/ ДАТ 90–99	Ступінь 2 САТ >160/ ДАТ >100
Немає ЧР	Низький (I)	Низький (I)	Помірний (II)
1-2 ЧР	Низький (I)	Помірний (II)	Високий (III)
≥3 ЧР	Низький (I) / помірний (II)	Високий (III)	Високий (III)
Ураження «органів-мішеней», ХХН (3-тя стадія), ЦД, ССХ	Високий (III)	Високий (III)	Високий (III)

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГСН (25.07.2019 р.); ХСН: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: гострий (25.07.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST; ГХ: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ГСН: клас III за T. Killip (25.07.2019 р.);

ХСН: IIA стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (25.07.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST нижньобічної ділянки ЛШ; ГХ (III стадія; 2-й ступінь (25.07.2019 р.), 1-й ступінь (26.07.2019 р.); ризик III); ГСН: клас III за T. Killip (25.07.2019 р.); ХСН: IIA стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (25.07.2019 р.), ФК II за NYHA (30.07.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (25.07.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST нижньобічної ділянки ЛШ; ГХ (III стадія; 2-й ступінь (25.07.2019 р.), 1-й ступінь (26.07.2019 р.); ризик III); ГСН: клас III за T. Killip (25.07.2019 р.); ХСН: IIA стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (25.07.2019 р.), ФК II за NYHA (30.07.2019 р.)».

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ГСН (02.03.2018 р.); ХСН: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: гострий (02.03.2018 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, нижньої ділянки ЛШ; ГХ: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ГСН: клас II за T. Killip (02.03.2018 р.); ХСН: IIA стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (гострий (02.03.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, нижньої ділянки ЛШ; післяінфарктна стенокардія (13.03.2018 р.)); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (02.03.2018 р.), 1-й ступінь (03.03.2018 р.); ризик III); ГСН: клас II за T. Killip (02.03.2018 р.); ХСН: IIA стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК III за NYHA (02.03.2018 р.), ФК II за NYHA (12.03.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.1 ІХС (гострий (02.03.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, нижньої ділянки ЛШ; післяінфарктна стенокардія (13.03.2018 р.)); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (02.03.2018 р.), 1-й ступінь (03.03.2018 р.); ризик III); ГСН: клас II за T. Killip (02.03.2018 р.); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК III за NYHA (02.03.2018 р.), ФК II за NYHA (12.03.2018 р.)».

D.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГСН; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобазальної ділянки ЛШ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.09.2018 р.); ХСН: ІІА стаді; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 41,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобазальної ділянки ЛШ, рецидивний ІМ (13.09.2018 р.) у ділянці ураження; ГХ** (ІІІ стадія; 2-й ступінь (13.09.2018 р.), 1-й ступінь (14.09.2018 р.); ризик ІІІ); АВ блокада*** ((13.09.2018 р.); ІІ ступінь, ІІ тип; тимчасова електрокардіостимуляція (ЕКС) (18.09.2018 р.)); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.09.2018 р.), клас ІІ за T. Killip (12.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК IV за NYHA (11.09.2018 р.), ФК ІІІ за NYHA (01.10.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.2 ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобазальної ділянки ЛШ, рецидивний ІМ (13.09.2018 р.) у ділянці ураження; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (13.09.2018 р.), 1-й ступінь (14.09.2018 р.); ризик ІІІ); АВ блокада ((13.09.2018 р.); ІІ ступінь, ІІ тип; тимчасова ЕКС (18.09.2018 р.)); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.09.2018 р.), клас ІІ за T. Killip (12.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК IV за NYHA (11.09.2018 р.), ФК ІІІ за NYHA (01.10.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 5.

E.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ*: І стадія; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST по задньодіафрагмальній ділянці ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (04.05.2019 р.) ІМ зі зубцем Q задньодіафрагмальної ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь (04.05.2019 р.), ризик ІІІ; ШТ***: нестійка, поліморфна, 08.05.2019 р.; ГСН: клас ІІ за T. Killip (05.05.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA (04.05.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (12.05.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І21.1 ІХС: гострий (04.05.2019 р.) ІМ зі зубцем Q задньодіафрагмальної ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь (04.05.2019 р.), ризик ІІІ; ШТ: нестійка, поліморфна, 08.05.2019 р.; ГСН: клас ІІ за T. Killip (05.05.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA (04.05.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (12.05.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** див. додаток 5.

F.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: гострий (23.04.2018 р.) ІМ без елевації сегмента ST, передньоперегородково-верхівкової ділянки ЛШ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Вузликовий періартеріїт: активна фаза, активність ІІ ступеня; гострий перебіг; із переважним ураженням ССС (гострий (23.04.2018 р.) ІМ без зубця Q, передньоперегородково-верхівкової ділянки ЛШ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.04.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (26.04.2018 р.)), шкіри (дигітальний некроз фаланг пальців), очей (ірит, увеїт)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«М30.8 Вузликовий періартеріїт: активна фаза, активність ІІ ступеня; гострий перебіг; із переважним ураженням ССС (гострий (23.04.2018 р.) ІМ без зубця Q, передньоперегородково-верхівкової ділянки ЛШ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.04.2018 р.), ФК ІІ за NYHA

(26.04.2018 р.)), шкіри (дигітальний некроз фаланг пальців), очей (ірит, увеїт)».

Примітка. * – див. додаток 1.

G.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ХСН*: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST задньодіафрагмальної ділянки ЛШ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (29.06.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Еритремія: ІІБ стадія; ускладнена (26.06.2019 р.) гострим ІМ (зі зубцем Q, задньодіафрагмальної ділянки ЛШ); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (29.06.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК ІІІ за NYHA (26.06.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (05.07.2019 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «С94.1 Еритремія: ІІБ стадія; ускладнена (26.06.2019 р.) гострим ІМ (зі зубцем Q, задньодіафрагмальної ділянки ЛШ); ГСН: клас за T. Killip ІІІ (29.06.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ІІІ ФК за NYHA (26.06.2019 р.), ІІ ФК за NYHA (05.07.2019 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

H.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ХСН*: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: ГКС (21.03.2018 р.) із елевацією сегмента ST передньої стінки ЛШ, стентування ОГЛВА (04.04.2016 р., один металевий стент); ГСН: клас ІІ за T. Killip (21.03.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 34,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (21.03.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ, спричинений тромбозом стента (стентування 04.04.2016 р. одним металевим стентом ОГЛВА), коронарографія (21.03.2018 р.), аорто-коронарне шунтування (27.03.2018); ГСН: клас ІІ за T. Killip (21.03.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (21.03.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (02.04.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.0 ІХС: гострий (21.03.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ, спричинений тромбозом стента (стентування 04.04.2016 р. одним металевим стентом ОГЛВА), коронарографія (21.03.2018 р.), аорто-коронарне шунтування (27.03.2018); ГСН: клас ІІ за T. Killip (21.03.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (21.03.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (02.04.2018 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

І.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: нестабільна стенокардія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: нестабільна стенокардія; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія, тяжкість якої наростає; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (25.10.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної ділянки ЛШ, ЧКВ-асоційований, коронарографія (25.10.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (25.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (25.10.2018 р.), ФК ІІІ за NYHA (25.10.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (25.10.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної ділянки ЛШ, ЧКВ-асоційований, коронарографія (25.10.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (25.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (25.10.2018 р.), ФК ІІІ за NYHA (25.10.2018 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

J.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ, первинна транслюмінальна ангіопластика і стентування (коронарографія 17.03.2019 р.) передньої міжшлуночкової гілки ЛВА (два металеві стенти) і ОГЛВА (один покритий стент); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (17.03.2019 р.), 1-й ступінь (19.03.2019 р.); ризик ІІІ); ШТ: стійка, мономорфна, електроімпульсна терапія (18.03.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (17.03.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.03.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.0 ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ, первинна транслюмінальна ангіопластика і стентування (коронарографія 17.03.2019 р.) передньої міжшлуночкової гілки ЛВА (два металеві стенти) і ОГЛВА (один покритий стент)); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (17.03.2019 р.), 1-й ступінь (19.03.2019 р.); ризик ІІІ); ШТ: стійка, мономорфна, електроімпульсна терапія (18.03.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (17.03.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.03.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1.

K.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС; ГХ; ХСН: ІІБ стадія».

2.Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: гострий ІМ із зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ГСН (08.09.2018 р.); ХСН**: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ із зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (08.09.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 25,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ із зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (09.09.2018 р.); ризик ІІІ); ФШ*** (дефібриляція 18.09.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (08.09.2018 р.), клас IV за T. Killip (18.09.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 25,0 %); ФК ІІІ за NYHA (08.09.2018 р.), ФК IV за NYHA (18.09.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ із зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (09.09.2018 р.); ризик ІІІ); ФШ (дефібриляція 18.09.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (08.09.2018 р.), клас IV за T. Killip (18.09.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 25,0 %); ФК ІІІ за NYHA (08.09.2018 р.), ФК IV за NYHA (18.09.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ із зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (09.09.2018 р.); ризик ІІІ); ФШ (дефібриляція 18.09.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (08.09.2018 р.), клас IV за T. Killip (18.09.2018 р.); ХСН (ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 25,0 %); ФК ІІІ за NYHA (08.09.2018 р.), ФК IV за NYHA (18.09.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІХС: гострий ІМ задньої стінки ЛШ і МШП (результат макроскопічної проби з телуритом калію позитивний). Стенозувальний атеросклероз вінцевих артерій серця (3-й ступінь, ІІ стадія, стеноз до 75,0 % низхідної гілки лівої вінцевої артерії); гостре загальне венозне повнокрів'я; виражений набряк легень; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 5.

L.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС; ГХ; ФП; ХСН: ІІБ стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ФП**: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН***: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST по задній стінці ЛШ та МШП; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA II, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (10.02.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (10.02.2018 р.), 1-й ступінь (12.02.2018 р.); ризик ІІІ); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (10.02.2018 р.), нормосистолічний варіант (15.02.2018 р.); EHRA 2; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.02.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія, зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %), ФК ІІІ за NYHA (10.02.2018 р.), ФК IV за NYHA (20.02.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (10.02.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (10.02.2018 р.), 1-й ступінь (12.02.2018 р.); ризик ІІІ); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (10.02.2018 р.), нормосистолічний варіант (15.02.2018 р.); EHRA 2; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.02.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК ІІІ за NYHA (10.02.2018 р.), IV ФК за NYHA (20.02.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (10.02.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (10.02.2018 р.), 1-й ступінь (12.02.2018 р.); ризик ІІІ); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (10.02.2018 р.), нормосистолічний варіант (15.02.2018 р); EHRA 2; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.02.2018 р.), IV клас за Killip (21.02.2018 р.); ХСН (ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК ІІІ за NYHA (10.02.2018 р.), ФК IV за NYHA (20.02.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІХС: гострий трансмуральний ІМ в ділянці задньобічної стінки ЛШ та МШП (давність близько 10 діб, розміри

вогнища некрозу 3,0 см^2); стенозувальний атеросклероз вінцевих артерій серця (2-й ступінь, IV стадія, стеноз до 70,0 % лівої низхідної артерії); гостре загальне венозне повнокрів'я; набряк легень і головного мозку з вклиненням у великий потиличний отвір».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1.

М.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ІМ задньобічної стінки ЛШ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ІМ задньобічної стінки ЛШ; ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ГСН (02.06.2018 р.); ХСН**: ІІБ-ІІІ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ (19.11.2009 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (02.06.2018 р); ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ (19.11.2009 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (02.06.2018 р.), 1-й ступінь (03.06.2018 р.); ризик ІІІ); ідіовентрикулярний ритм (05.06.2018 р.); ФШ*** (дефібриляція 06.06.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (02.06.2018 р.), клас IV за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфукцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І21.8 ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ (19.11.2009 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (02.06.2018 р.), 1-й ступінь (03.06.2018 р.); ризик ІІІ); ідіовентрикулярний ритм*** (05.06.2018 р.); ФШ (дефібриляція 06.06.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (02.06.2018 р.), клас IV за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«І21.8 ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ (19.11.2009 р.))); ГХ (ІІІ

стадія; 2-й ступінь (02.06.2018 р.), 1-й ступінь (03.06.2018 р.); ризик ІІІ); ідіовентрикулярний ритм (05.06.2018 р.); ФШ (дефібриляція 06.06.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (03.06.2018 р.), клас IV за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН (ІІІ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІХС: повторний великовогнищевий ІМ задньобічної стінки ЛШ з переходом на задню стінку ПШ (давністю близько п`яти діб, розміри вогнища некрозу 4,0 $см^2$), великовогнищевий кардіосклероз бічної стінки ЛШ (розміри рубця 3 $см^2$). Ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 360,0 г, товщина стінки ЛШ 1,7 см, ПШ – 0,3 см); гостре загальне венозне повнокрів'я; набряк легень і головного мозку з вклиненням у великий потиличний отвір».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 5.

N.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ*: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: гострий (28.09.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньоперегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (28.09.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (28.09.2019 р.) ІМ зі зубцем Q, передньо-перегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ з переходом на задню стінку, коронарографія (28.09.2019 р., гостра тромбозна оклюзія міжшлуночкової гілки ЛВА), стентування міжшлуночкової гілки ЛВА (28.09.2019 р., один непокритий стент); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; гостра аневризма верхівки серця; АВ блокада*** (гостра (29.09.2019 р.); ІІ ступінь, ІІ тип); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (28.09.2019 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.09.2019 р.), ФК IV за NYHA (01.10.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (28.09.2019 р.) ІМ зі зубцем Q, передньо-перегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ з переходом на задню стінку, коронарографія (28.09.2019 р., гостра тромбозна оклюзія міжшлуночкової гілки ЛВА), стентування міжшлуночкової гілки ЛВА (28.09.2019 р., один непокритий стент); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; гостра аневризма верхівки серця; АВ блокада (гостра (29.09.2019 р.); ІІ ступінь, ІІ тип); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (28.09.2019 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.09.2019 р.), ФК IV за NYHA (01.10.2019 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 ІХС: гострий (28.09.2019 р.) ІМ зі зубцем Q, передньо-перегородково-верхівковобічної стінки ЛШ з переходом на задню стінку, коронарографія (28.09.2019 р., гостра тромбозна оклюзія міжшлуночкової гілки ЛВА), стентування міжшлуночкової гілки ЛВА (28.09.2019 р., один непокритий стент), синдром В. Дреслера (09.10.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; гостра аневризма верхівки серця; АВ блокада (гостра; ІІ ступінь (ІІ тип (29.09.2019 р.)), ІІІ ступінь (10.10.2019 р.)); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (28.09.2019 р.); ХСН (ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.09.2019 р.), ФК IV за NYHA (01.10.2019 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІХС: трансмуральний ІМ передньоперегородково-верхівково-бічної стінки ЛШ з переходом на задню стінку ЛШ (давністю близько 14 діб, розміри вогнища некрозу 4,0 $см^2$); гостра аневризма серця в ділянці верхівки ЛШ (розміром 3 $см^2$), ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 380,0 г, товщина передньої і бічної стінок ЛШ 1,8 см, ПШ – 0,3 см); стенозувальний атеросклероз вінцевих артерій серця (3-й ступінь, IV стадія); організований тромб у початковому відділі передньої міжшлуночкової та огинальної гілок ЛВА, стеноз до 75,0 % інших артерій); пристінкові організовані та свіжі тромби в порожнині аневризми; хронічне загальне венозне повнокрів'я: «мускатний» фіброз печінки; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 5.

5.4. I25.2 Кардіосклероз

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I25 Хронічна ІХС
- I25.0 Атеросклерозна ССХ як така
- I25.2 Післяінфарктний кардіосклероз
- I25.3 Аневризма серця

2. Класифікація кардіосклерозу

(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Післяінфарктний кардіосклероз із зазначенням перенесених ІМ (дата виникнення, локалізація), варіанти і стадії СН, характер порушення ритму та провідності.
2. Аневризма серця хронічна.
3. Кардіосклероз (дифузний)* із вказанням варіантів і стадії СН, порушення ритму та провідності.

Примітка. * – термін відповідає діагнозу «ішемічна КМП», під яким слід розуміти ІХС з дифузним ураженням вінцевих артерій згідно з результатами КВГ, з вираженою дилятацією ЛШ, з глобальним послабленням скоротливої функції міокарда, що супроводжується клінічними ознаками СН. Діагноз «ішемічна КМП» не слід ставити без КВГ-підтвердження.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз (21.03.2018 р.); ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ), післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ, 21.03.2018 р.); ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ), післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ (21.03.2018 р.)); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (22.06.2020 р.), 1-й ступінь (27.06.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.2 ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ), післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньобічної стінки ЛШ(21.03.2018 р.)); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (22.06.2020 р.), 1-й ступінь (27.06.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 9; **– див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ГХ; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (18.09.2019 р.); ГХ*: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП**; ХСН***: ІІБ-ІІІ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ; 18.09.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 18,0 %); ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ; 18.09.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 18,0 %); ФК IV за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.2 ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ, 18.09.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 18,0 %); ФК IV за NYHA».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I25.2 ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ, 18.03.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ФШ (дефібриляція 01.10.2019 р.); ХСН (ІІІ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 18,0 %); ФК IV за NYHA); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІХС: післяінфактний кардіосклероз передньої стінки ЛШ (5,0 $см^2$); ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 390,0 г, товщина стінки ЛШ 1,8 см; ПШ – 0,3 см); стенозувальний атеросклероз вінцевих артерій серця (3-й ступінь, ІІІ стадія; стеноз до 60,0 % низхідної гілки ЛВА); хронічне загальне венозне повнокрів'я (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанозна» індурація нирок і селезінки); набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 5; *** – див. додаток 1.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: дифузний кардіосклероз».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ХСН*: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 20.08.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 20.08.2018 р.); екстрасистолія**: шлуночкова, 1-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (19.08.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (19.08.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I25.0 ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 20.08.2018 р.); екстрасистолія: шлуночкова, 1-й клас за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (19.08.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (19.08.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – див. додаток 3.

5.5. I25.6 Безбольовий варіант ішемічної хвороби серця

I. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I25 Хронічна ІХС
I25.6 Безсимптомна ішемія міокарда

Діагноз ставлять хворим без клінічних симптомів стенокардії за результатами коронаровентрикулографії, сцинтиграфії міокарда з технецієм, талієм, стрес-ЕхоКГ з фізичним навантаженням чи добутаміном, на підставі виявлення ознак ішемії міокарда.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: безбольовий варіант».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: безбольовий варіант; ХСН: I стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: безбольовий варіант; ХСН*: I стадія, ФК II за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: безбольовий варіант, стенозувальний атеросклероз міжшлуночкової гілки ЛВА (коронарографія 05.05.2019 р); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК II за NYHA (05.05.2019 р.), ФК I за NYHA (10.05.2019 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I25.6 ІХС: безбольовий варіант, стенозувальний атеросклероз міжшлуночкової гілки ЛВА (коронарографія 05.05.2019 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК II за NYHA (05.05.2019 р.), ФК I за NYHA (10.05.2019 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

6. I26 Легенева емболія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I26 Легенева емболія
- I26.0 Легенева емболія зі згадкою про гостре легеневе серце
- I26.9 Легенева емболія без згадки про гостре легеневе серце

2. Класифікація емболій за етіологією

(цит. за А. І. Струковим, В. В. Сєровим, 2004)

- Бактерійна
- Жирова (після переломів, оперативних втручань, опіків, забоїв)
- Медикаментозна
- Повітряна (під час травм, внутрішньовенного введення ліків)
- Газова (кесонна хвороба)
- Тканинна (клітинна)
- Навколоплодовими водами
- Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА)
- Парадоксальна*
- Ретроградна**

Примітки. * – унаслідок незрощення міжпередсердного або міжшлуночкового отвору можлива міграція тромбів з одного кола кровообігу в інше; ** – ембол рухається проти течії крови.

3. Чинники ризику й ознаки легеневої емболії

(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2008)

Значні ЧР:
- Переломи (стегна, гомілки)
- Репозиція уламків стегнової кістки, коліна
- Велике хірургічне втручання
- Велика травма
- Ушкодження хребта

Середньої значущості ЧР:
- Артроскопія колінного суглоба
- Хіміотерапія

- Хронічна серцева та дихальна недостатність
- Злоякісні пухлини
- Лікування оральними контрацептивами
- Параліч після інсульту
- Післяпологовий період
- Попередня венозна тромбоемболія
- Тромбофілія

Слабкі ЧР:

- Ліжковий режим >3 днів
- Тривале перебування в положенні сидячи (тривалий переліт, поїздка в автомобілі)
- Похилий вік
- Лапароскопічні операції
- Ожиріння
- Вагітність
- Варикозне розширення вен

4. Переглянута Женевська шкала ймовірности тромбоемболії легеневої артерії

(G. le Gal et al., 2006)

ЧР:

- Вік 65 років і більше (+1 бал)
- Тромбоз глибоких вен (ТГВ) і ТЕЛА в анамнезі (+3 бали)
- Хірургічні втручання або переломи упродовж останнього місяця (+2 бали)

Симптоми:

- Однобічний біль у нижніх кінцівках (+3 бали)
- Кровохаркання (+2 бали**)**

Клінічні ознаки:

- ЧСС 75–93/хв (+3 бали)
- ЧСС >95/хв (+5 балів)
- Біль у нижніх кінцівках під час пальпації глибоких вен та однобічний набряк (+4 бали)

Клінічна ймовірність тромбоемболії легеневої артерії за Женевською шкалою

(G. le Gal et al., 2006)

– Низька (сума балів 0–3)
– Середня (сума балів 4–10)
– Висока (сума балів >11)

5. Канадська шкала ймовірности тромбоемболії легеневої артерії
(P. S. Wells et al., 1995)

ЧР:
- ТГВ і/або ТЕЛА в анамнезі (+1,5 бала)
- Нещодавня хірургічна операція чи іммобілізація (+1,5 бала)
- Онкопроцес (+1 бал)

Симптоми:
- Кровохаркання (+1 бал)

Фізикальні ознаки:
- ЧСС >100 уд./хв (+1,5 бала)

Клінічні ознаки:
- ТГВ (+3 бали)
- Після проведення диференційної діагностики ТЕЛА найбільш вірогідна (+3 бали)

Клінічна ймовірність тромбоемболії легеневої артерії за Канадською класифікацією (трирівнева схема)
(P. S. Wells et al., 1995)

– Низька (сума балів 0–1)
– Проміжна (сума балів 2–6)
– Висока (сума балів ≥7)

Клінічна ймовірність тромбоемболії легеневої артерії за Канадською класифікацією (дворівнева схема)
(P. S. Wells et al., 1995):

– ТЕЛА малоймовірна (сума балів 0–4)
– Висока ймовірність (сума балів >4)

6. Класифікація тромбоемболії легеневої артерії
(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2014)

Групи ризику серед хворих із ТЕЛА:
- хворі з **високим ризиком** ТЕЛА зі шоком або артеріальною гіпотензією (систолічний АТ <90 мм рт. ст. або його зниження ≥40 мм рт. ст. з тривалістю більш ніж 15 хв, якщо це не спричинено наростанням аритмії, гіповолемією або сепсисом);
- хворі з **низьким ризиком** ТЕЛА без шоку або артеріальної гіпотензії.

У клінічній практиці виокремлюють також такі види ТЕЛА:

- підтверджена, коли її ймовірність досить висока для проведення специфічного лікування;
- заперечена, якщо її ймовірність низька, що дає змогу не застосовувати специфічне лікування.

За перебігом:

- блискавична (симптоми наростають упродовж однієї години, часто смерть може настати впродовж 10–15 хв від асфіксії, больового синдрому та різкого зниження АТ);
- гостра (1–24 год.);
- підгостра (декілька діб);
- та, яка рецидивує (зафіксовано два випадки ТЕЛА і більше, клінічні симптоми можуть зберігатися декілька місяців).

За обсягом стенозу легеневої артерії:

- дрібних гілок (до 25,0 % розгалужень) – без ЕхоКГ-ознак;
- субмасивна (26,0–50,0 %) – гостре легеневе серце;
- масивна (51,0–75,0 %) – гіпотензія;
- смертельна (>75,0 %) – шок.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Легенева артеріальна гіпертензія (ЛАГ); ГХ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ЛАГ; ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН**: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ЛАГ***: хронічна, післятромбоемболійна, ускладнена недостатністю клапана ЛА, ІІІ ФК за ВООЗ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК ІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ЛАГ (хронічна; післятромбоемболійна (рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА); ІІ ступінь; IV тип за S. W. Jamieson; недостатність клапана ЛА (ІІ стадія); ФК ІІІ за ВООЗ (21.08.2018 р.), ФК ІІ за ВООЗ (24.08.2018 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (21.08.2018 р.), 1-й ступінь (22.08.2018 р.); ризик ІІ); ХСН: ІІ А стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ

54,0 %); ФК ІІ за NYHA (21.08.2018 р.), ФК І за NYHA (29.08.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І27.8 ЛАГ (хронічна; післятромбоемболійна (рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА); ІІ ступінь; IV тип за S. W. Jamieson; недостатність клапана ЛА (ІІ стадія); ФК ІІІ за ВООЗ (21.08.2018 р.), ФК ІІ за ВООЗ (24.08.2018 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (21.08.2018 р.), 1-й ступінь (22.08.2018 р.); ризик ІІ); ХСН: ІІ А стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %); ФК ІІ за NYHA (21.08.2018 р.), ФК І за NYHA (29.08.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ****** – див. додаток 1; *** – класифікації ЛАГ (див. додаток 10).

1. Клінічна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії
(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) / Європейське респіраторне товариство (European respiratory society – ERS), 2015)

ЛАГ:

- ідіопатійна
- спадкова:
  - мутація гена, що кодує рецептори морфогенетичного протеїну кісткового мозку, – BMRP2
  - інші мутації
- ЛАГ, асоційована з лікарськими засобами або токсинами
- ЛАГ, асоційована з:
  - СХСТ
  - ВІЛ-інфекцією
  - портальною гіпертензією
  - вродженими вадами
  - шистосомозом
- веноокклюзивна хвороба легень і/або гемангіоматоз легеневих капілярів
  - ідіопатійна
  - спадкова:
    - EIF2AK-мутація
    - інші мутації
  - індукована лікарськими засобами, токсинами та радіацією
  - асоційована з:
    - СХСТ
    - ВІЛ-інфекцією
  - ЛАГ немовлят
- ЛАГ, асоційована з ураженням лівої половини серця:
  - систолічна дисфункція ЛШ

- діастолічна дисфункція ЛШ
- хвороби клапанів
- вроджена/набута обструкція припливу/відпливу та вроджена кардіоміопатія
- вроджені/набуті стенози легеневих вен

- ЛАГ, асоційована з хворобами легень і/або гіпоксією:
  - у разі ХОХЛ
  - у разі інтерстиційних хвороб легень
  - у разі інших хвороб легень зі змішаними обструктивно-рестриктивними причинами
  - під час порушення дихання у сні
  - у разі послаблення вентиляційної функції альвеол
  - під час тривалого перебування на високогір'ї
  - у разі вад розвитку легень
- хронічна тромбоемболійна ЛАГ:
  - ЛАГ унаслідок рецидивної тромбоемболії
  - інші обструкції легеневої артерії:
    - ангіосаркома
    - інші інтраваскулярні пухлини
    - артерііт
    - вроджені стенози легеневих артерій
    - паразитарні ураження (ехінококоз)
- ЛАГ із невідомими і/або багатофакторними механізмами
  - гематологійні хвороби: хронічна гемолізна анемія, мієлопроліферативні хвороби, спленектомія
  - системні хвороби, саркоїдоз, гістіоцитоз Х, лімфангіолейоміоматоз
  - метаболічні порушення: хвороби нагромадження глікогену, хвороба Ф. Ш. Е. Гоше, хвороби щитоподібної залози
  - інші причини: легенева пухлинна тромбозна мікроангіопатія, фіброзувальний медіастиніт, хронічна ниркова недостатність, сегментарна ЛАГ

2. Класифікація залежно від ураження легеневої артерії у хворих із хронічною тромоемболійною легеневою артеріальною гіпертензією за показниками ангіографії

(S. W. Jamieson, 2000)

Тип I. Тромби розміщені в центральних ЛА.

Тип II. Немає тромбів у центральних судинах, є потовщення інтими й ураження основних часткових і сегментарних артерій.

Тип III. Ураження обмежено сегментарними або субсегментарними гілками ЛА.

Тип IV. Ураження дрібних гілок.

3. Ступені легеневої гіпертензії
(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 2003)

I. Легкий (тиск 25–45 мм рт. ст.)
II. Середній (26–65 мм рт. ст.)
III. Виражений (>65 мм рт. ст)

4. Функціональна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії
(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 1998)

I ФК – немає значного обмеження звичайної фізичної активности, звичайна активність не провокує посилення задишки, слабости, болю у грудній клітці, пресинкопе (безсимптомна ЛАГ).
II ФК – помірне зниження фізичної активности; у спокої дискомфорту немає, але звичайна фізична активність провокує появу помірних симптомів (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).
III ФК – значне зниження фізичної активности: у спокої дискомфорту немає, але за меншої, ніж звичайно, активности з'являються помірні симптоми (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).
IV ФК – задишка і/або слабість у спокої, вираженість симптомів збільшується за найменшого навантаження, нездатність виконувати будь-які фізичні навантаження, можуть бути ознаки правошлуночкової недостатности.

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ЛАГ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ЛАГ* (післятромбоемболійна); ГХ**: II стадія, 1-й ступінь; ХСН***: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ЛАГ: гостра, післяомбоемболійна, III ФК за ВООЗ; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК II за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ЛАГ (гостра; післятромбоемболійна (субмасивна ТЕЛА (22.02.2019 р.)); II ступінь; II тип за S. W. Jamieson; недостатність ЛАК (II стадія); ФК II за ВООЗ (22.02.2019 р.), ФК I за ВООЗ (27.02.2019 р.)); ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик II; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією

ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.02.2019 р.), ФК І за NYHA (27.02.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І27.8 ЛАГ (гостра; післятромбоемболійна (субмасивна ТЕЛА (22.02.2019 р.)); ІІ ступінь; ІІ тип за S. W. Jamieson; недостатність клапана легеневої артерії (ІІ стадія); ФК ІІ за ВООЗ (22.02.2019 р.), ФК І за ВООЗ (27.02.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.02.2019 р.), ФК І за NYHA (27.02.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 10; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

7. I27 Легенева гіпертензія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I27 Інші форми легенево-серцевої недостатности
- I27.0 Первинна легенева гіпертензія
- I27.1 Кіфосколіозна хвороба серця
- I27.8 Інші уточнені форми легеневого серця
- I27.9 Легеневе серце, неуточнене

2. Клінічна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Європейське респіраторне товариство (European respiratory society – ERS), 2015)

ЛАГ:
- ідіопатійна
- спадкова:
  - мутація гена, що кодує рецептори морфогенетичного протеїну кісткового мозку, – BMRP2
  - інші мутації
- ЛАГ, асоційована з ЛЗ або токсинами
- ЛАГ, асоційована з:
  - СХСТ
  - ВІЛ-інфекцією
  - портальною гіпертензією
  - вродженими вадами
  - шистосомозом
- вено-оклюзивна хвороба легень і/або гемангіоматоз легеневих капілярів
  - ідіопатійна
  - спадкова:
    - EIF2AK-мутація
    - інші мутації
  - індукована ЛЗ, токсинами та радіацією
  - асоційована з:
    - СХСТ
    - ВІЛ-інфекцією
  - ЛАГ немовлят
- ЛАГ, асоційована з ураженням лівої половини серця:
  - систолічна дисфункція ЛШ
  - діастолічна дисфункція ЛШ

  - хвороби клапанів
  - вроджена/набута обструкція припливу/відпливу та вроджена кардіоміопатія
  - вроджені/набуті стенози легеневих вен
- ЛАГ, асоційована з хворобами легень і/або гіпоксією:
  - у разі ХОХЛ
  - у разі інтерстиційних хвороб легень
  - у разі інших хвороб легень зі змішаними обструктивно-рестриктивними причинами
  - під час порушення дихання у сні
  - у разі послаблення вентиляційної функції альвеол
  - під час тривалого перебування на високогір'ї
  - у разі вад розвитку легень
- хронічна тромбоемболійна ЛАГ:
  - ЛАГ унаслідок рецидивної тромбоемболії
  - інші обструкції легеневої артерії:
    - ангіосаркома
    - інші інтраваскулярні пухлини
    - артеріїт
    - вроджені стенози легеневих артерій
    - паразитарні ураження (ехінококоз)
- ЛАГ із невідомими і/або багатофакторними механізмами
  - гематологійні хвороби: хронічна гемолізна анемія, мієлопроліферативні хвороби, спленектомія
  - системні хвороби, саркоїдоз, гістіоцитоз Х, лімфангіолейоміоматоз
  - метаболічні порушення: хвороби нагромадження глікогену, хвороба Ф. Ш. Е. Гоше, хвороби щитоподібної залози
  - інші причини: легенева пухлинна тромбозна мікроангіопатія, фіброзувальний медіастиніт, хронічна ниркова недостатність, сегментарна ЛАГ

3. Клінічна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії, асоційованої із вродженими вадами серця

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- Синдром В. Ейзенменгера (включає всі великі інтра- та екстракардіальні дефекти, які починалися з системно-легеневого шунтування й наростали за тяжкістю з часом до значного посилення ЛОС і виникнення оборотного шунтування або шунтування в обох напрямках; характерні ціаноз, вторинний еритроцитом, множинне ураження органів).
- ЛАГ, асоційована з системно-легеневим шунтуванням, коригованим або некоригованим (включає помірні або великі дефекти, ЛОС незначно або помірно посилений, шунтування зліва направо превалює, ціаноз у спокої не виникає).

- ЛАГ за наявности малих дефектів (значно підвищений ЛОС за наявности, наприклад, дефекту МШП <1,0 см, дефекту міжпередсердної перегородки (МПП) менш ніж 2,0 см згідно з ЕхоКГ), за клінічними ознаками дуже подібна на ідіопатійну ЛАГ; закриття дефекту не виконують.
- ЛАГ після корекції дефекту (вроджена вада була скоригована, але одразу після оперативного втручання або через місяці/роки після операції за відсутности значного післяопераційного ураження виникає ЛАГ).

4. Класифікація залежно від ураження легеневої артерії у хворих із хронічною тромбоемболійною легеневою артеріальною гіпертензією за показниками ангіографії

(S. W. Jamieson, 2000)

Тип I. Тромби розміщені в центральних ЛА.
Тип II. Немає тромбів у центральних судинах, є потовщення інтими й ураження основних часткових і сегментарних артерій.
Тип III. Ураження обмежено сегментарними або субсегментарними гілками ЛА.
Тип IV. Ураження дрібних гілок.

5. Ступені легеневої гіпертензії

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 2003)

I. Легкий (тиск 25–45 мм рт. ст.)
II. Середній (26–65 мм рт. ст.)
III. Виражений (>65 мм рт. ст)

6. Функціональна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 1998)

I ФК – немає значного обмеження звичайної фізичної активности, звичайна активність не провокує посилення задишки, слабости, болю у грудній клітці, пресинкопе (безсимптомна ЛАГ).
II ФК – помірне зниження фізичної активности; у спокої дискомфорту немає, але звичайна фізична активність провокує появу помірних симптомів (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).
III ФК – значне зниження фізичної активности: у спокої дискомфорту немає, але за меншої, ніж звичайно, активности з'являються помірні симптоми (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).

IV ФК – задишка і/або слабість у спокої, вираженість симптомів збільшується за найменшого навантаження, нездатність виконувати будь-які фізичні навантаження, можуть бути ознаки правошлуночкової недостатності.

7. Гемодинамічне визначення легеневої артеріальної гіпертензії
(за результатами катетеризації порожнин серця)
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Європейське респіраторне товариство (European respiratory society – ERS), 2015)

Визначення	Характеристики	Клінічні групи
Легенева гіпертензія	Середній ЛАТ >25 мм рт. ст.	Усі
Прекапілярна	Середній ЛАТ >25 мм рт. ст., ТЗЛА <15 мм рт. ст., СВ нормальний або знижений	• ЛАГ, що виникла внаслідок хвороб легень • Хронічна тромбоемболійна ЛАГ • ЛАГ із невідомими або мультифакторними механізмами
Післякапілярна	Середній ЛАТ >25 мм рт. ст., ТЗЛА >15 мм рт. ст., СВ нормальний або знижений	• ЛАГ унаслідок уражень лівих відділів серця • ЛАГ із невідомими або мультифакторними механізмами
Пасивна	ГТТ <12 мм рт. ст.	
Реактивна (непропорційна)	ГТТ >12 мм рт. ст.	

Примітки: СВ – серцевий викид; ЛАТ – легеневий артеріальний тиск; ТЗЛА – тиск заклинення в ЛА; ГТТ – градієнт транспульмонального тиску.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Синкопе».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ЛАГ: ідіопатична, синкопе (12.12.2018 р.)».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ЛАГ: ідіопатична; відносна недостатність ТК, ЛАК; синкопе (12.12.2018 р.); ФК IV за ВООЗ».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ЛАГ: ідіопатична; III ступінь; відносна недостатність: ТК (III стадія), ЛАК (III стадія); синкопе (12.12.2018 р.); ФК IV за ВООЗ (12.12.2018 р.), ФК III за ВООЗ (18.12.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I27.0 ЛАГ: ідіопатична; III ступінь; відносна недостатність: ТК (III стадія), ЛАК (III стадія); синкопе (12.12.2018 р.); ФК IV за ВООЗ (12.12.2018 р.), ФК III за ВООЗ (18.12.2018 р.)».

B.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Недостатність ТК».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ЛАГ: недостатність ТК».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ЛАГ: недостатність ТК, ФК III за ВООЗ».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ЛАГ: II ступінь; асоційована з ВІЛ-інфекцією; недостатність ТК (III стадія); ФК III за ВООЗ (22.03.2016 р.), ФК II за ВООЗ (27.03.2016 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I27.8 ЛАГ: II ступінь; асоційована з ВІЛ-інфекцією; недостатність ТК (III стадія); ФК III за ВООЗ (22.03.2016 р.), ФК II за ВООЗ (27.03.2016 р.)».

C.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ЛАГ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ЛАГ (післятромбоемболійна*)».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ЛАГ: хронічна, післятромбоемболійна, недостатність ЛАК, ФК II за ВООЗ».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ЛАГ: хронічна; післятромбоемболійна (рецидивна тромбоеболія дрібних гілок ЛА); II ступінь; IV тип за S. W. Jamieson; недостатність ЛАК (I стадія); ФК III за ВООЗ (14.03.2020 р.), ФК II за ВООЗ (19.03.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I27.8 ЛАГ: хронічна; післятромбоемболійна (рецидивна тромбоеболія дрібних гілок ЛА); II ступінь; IV тип за S. W. Jamieson; недостатність ЛАК (I стадія); ФК III за ВООЗ (14.03.2020 р.), ФК II за ВООЗ (19.03.2020 р.)».

Примітка. * – класифікація тромбоемболії (див. додаток 11).

Класифікація тромбоемболії легеневої артерії

(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2014)

Групи ризику серед хворих із ТЕЛА:

- хворі з **високим ризиком** ТЕЛА зі шоком або артеріальною гіпотензією (систолічний АТ <90 мм рт. ст. або його зниження ≥40 мм рт. ст. з тривалістю більш ніж 15 хв, якщо це не спричинено наростанням аритмії, гіповолемією або сепсисом);
- хворі з **низьким ризиком** ТЕЛА без шоку або артеріальної гіпотензії.

У клінічній практиці виокремлюють також такі види ТЕЛА:

- підтверджена, коли її ймовірність досить висока для проведення специфічного лікування;
- заперечена, якщо її ймовірність низька, що дає змогу утриматися від специфічного лікування.

За перебігом:

- блискавична (симптоми наростають упродовж однієї години, часто смерть може настати впродовж 10–15 хв від асфіксії, больового синдрому та різкого зниження АТ);
- гостра (1–24 год.);
- підгостра (декілька діб);
- та, яка рецидивує (два зафіксовані випадки ТЕЛА і більше, клінічні симптоми можуть зберігатися впродовж кількох місяців).

За обсягом стенозу легеневої артерії:

- дрібних гілок (до 25,0 % розгалужень) – без ЕхоКГ-ознак;
- субмасивна (26,0–50,0 %) – гостре легеневе серце;
- масивна (51,0–75,0 %) – гіпотензія;
- смертельна (>75,0 %) – шок.

8. I01, I30–I52 Некоронарогенні хвороби й ураження серця

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I01	Гострий ревматизм із залученням серця
	I01.1 Гострий ревматичний ендокардит
	I01.2 Гострий ревматичний міокардит
	I01.8 Інші гострі хвороби серця
	I01.9 Гостра ревматична хвороба серця, неуточнена
I30–I52	Інші хвороби серця
I30	Гострий перикардит
I31	Інші хвороби перикарда
I32	Перикардит за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
I33	Гострий і підгострий ендокардит
I38	Ендокардит, клапанний, неуточнений
I39	Ендокардит і ураження клапанів серця у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
I40	Гострий міокардит
I41	Міокардит за наявности бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I42	КМП із розширенням меж серця
I43	КМП за наявности інфекційних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I51	Ускладнення і недостатньо описана хвороба серця
I52	Інші ураження серця за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках

2. Класифікація хвороб міокарда

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 1980)

І. Кардіоміопатії:

1. Дилятаційна.
2. Гіпертрофійна.
3. Рестриктивна.

ІІ. Специфічні хвороби міокарда:

1. Інфекційні (вірусні, бактерійні, рикетсіозні, спірохетні, грибні, протозойні).

2. Метаболічні:
   а) ендокринні (тиротоксикоз, гіпотироз, адренокортикальна недостатність, феохромоцитома, акромегалія);
   б) родинні хвороби депонування та інфільтрації (гемохроматоз, глікогенози, амілоїдоз);
   в) «дефіцитні» стани (порушення обміну калію, дефіцит магнію, аліментарні порушення, анемія, бері-бері).
3. Системні хвороби:
   а) сполучної тканини (СЧВ, вузликовий поліартеріїт, склеродермія, дерматоміозит);
   б) інфільтрації і гранульоми (саркоїдоз, лейкоз).
4. Родинно-генетичні:
   а) м'язові дистрофії (хвороба Г. Б. А. Дюшена);
   б) нейром'язові порушення (атаксія Н. Фрідрайха).
5. Алергійні й токсичні ураження міокарда:
   а) спричинені лікарськими засобами (сульфаніламідами, антибіотиками тощо);
   б) алкогольні;
   в) радіаційні.

III. Некласифіковані хвороби міокарда (гістіоцитарна КМП, міокардит К. Л. Фідлера та ін.).

3. Систематизація некоронарогенних хвороб і уражень серця за етіологічним і патогенетичним механізмами виникнення з позиції оптимального вибору лікування

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) – ВООЗ, 2003)
(Наказ МОЗ України від 14.02.2002 № 54)

I. Функціональні	**II. Метаболічні та дегенеративні* (дистрофійні)**	**III. Запальні (в т.ч. інфекційні, паразитарні)***	**IV. Морфологічні***
1	2	3	4
Соматоформна (соматогенна) вегетативна дисфункція (F 45.3) Кардіогенний невроз (функціональна КМП) НЦД	Ендокринні хвороби, розлади харчування і метаболічні порушення (I43.1-2) Тиротоксична хвороба серця (I43.8) Подагричне серце (I43.8) Міокардіофіброз** (I51.4)	Перикардит (I30–I32) Ендокардит (I33, I39), в т.ч. вальвуліт Міокардит (I40, I41, I51.4) Ревматизм (I01) і хронічні ревматичні хвороби (вади) серця, в т.ч. пролапс МК (I05–I09)	Неревматичні ураження (I34), в т.ч. пролапс МК (I34.1) Набуті вади серця, крім ревматичних (I34–I37, I51.1–3) Вроджені вади серця (XVIIQ 2–28)

1	2	3	4
	Амілоїдоз серця тощо (I43.8) Алкогольна КМП (I42.6) Кардіопатія, спричинена дією лікарських засобів та інших (алергійних і токсичних) чинників (I42.7) Дегенерація міокарда** (I51.5) Інші (I42.8–I42.9)	Ревматичні хвороби з запальними та імунними механізмами виникнення (М 05.3 М 32.1) Прямі вірусні, інфекційні та паразитарні ураження (I41, I41.1, I41.2, I43) Опосередковані ураження, спричинені інфекційними чинниками (I41.8)	КМП (I42): ДКМП (I42.0), обструктивна та інші ГКМП (I42.1, I42.2), РКМП (I42.3–5), АКМП (I42.8) Пухлини серця Інші (I42.8, I42.9)

Примітки: * – у т.ч. визначені в МКХ-10 та ВООЗ як кардіоміопатії; ** – віднесені до ускладнень і нез'ясованих хвороб серця.

8.1. I30–I32 Перикардит

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I30–I52 Інші хвороби серця
I30 Гострий перикардит
- I30.0 Гострий неспецифічний ідіопатійний перикардит
- I30.1 Інфекційний перикардит
- I30.8 Інші клінічні варіанти гострого перикардиту
- I30.9 Гострий перикардит, неуточнений

I31 Інші хвороби перикарда
- I31.0 Хронічний адгезивний перикардит
- I31.1 Хронічний констриктивний перикардит
- I31.2 Гемоперикард, не класифікований у інших рубриках
- I31.3 Випіт у перикард (незапального характеру)
- I31.8 Інші уточнені хвороби перикарда
- I31.9 Хвороба перикарда, неуточнена

I32 Перикардит за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I32.0 Перикардит за наявности бактерійних інфекцій, класифікованих у інших рубриках
- I32.1 Перикардит за наявности інших інфекційних і парази-

тарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I32.8 Перикардит за наявности інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

2. Класифікація перикардитів за етіологією
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- Інфекційні причини:
  - віруси (часто): Коксакі А9, В 1–4, вірус паротиту, цитомегаловірус, варіцела, рубела, ВІЛ та ін.;
  - бактерії: мікобактерії туберкульозу (часто), бореліоз, рідко – пневмо-, менінгококи, стафілокок, гонококи, гемофіліс, бліда трепонема, хламідія, мікоплазма, легіонера;
  - грибки (дуже рідко): кандида, гістоплазма, аспергіліус – у хворих із імунодефіцитом;
  - паразити: ехінокок, токсоплазма та ін.
- Неінфекційні причини:
  - автоімунні (часто);
  - перикардит у хворих на системні автоімунні хвороби (СЧВ, синдром К. Ж. Т. Шегрена, РА, склеродермія);
  - системні васкуліти (гранульоматоз Ф. Р. Ж. Вегенера, хвороба Б. Т. Хортона, хвороба М. Такаясу, синдром Х. Бехчета);
  - саркоїдоз;
  - вузликовий поліартеріїт;
  - синдром Ґ. Стілла;
  - родинна середземноморська лихоманка;
  - запальні хвороби кишок.
- Пухлинні:
  - первинні пухлини;
  - метастазні (найчастіше у хворих на рак легень і молочних залоз).
- Метаболічні: уремія, гіпотироз, анорексія.
- Травматичні та ятрогенні:
  - ранній початок (рідко):
    - пряме ушкодження (проникна рана грудної клітки, перфорація стравоходу);
    - непряме ушкодження (променеве ураження, непроникна травма грудної клітки);
  - відтермінований початок:
    - синдроми ураження перикарда (синдром В. Дреслера, постперикардіотомійний, післятравматичні ураження як наслідок черезкутанних коронарних втручань, імплантація штучного водія ритму, радіочастотна абляція);

– як наслідок впливу лікарських засобів (прокаїнамід, гідралазин, метилдопа, ізоніазид, фенітоїн, протипухлинні лікарські засоби (доксорубіцин, даунорубіцин, цитозин арабінозид, 5-фторурацил, циклофосфамід), пеніцилін, аміодарон, месалазин, клозапін, міноксидил, дантропен, практолол, фенілбутазон, тіазиди, стрептоміцин, тіоурацил, стрептокіназа, аміносаліцилова кислота, сульфаніламіди, циклоспорин, бромкриптин, деякі вакцини, колонієстимулювальний чинник гранулоцитів і макрофагів, антагоністи чинника некрозу пухлин).

- Інші причини:
  – часті: амілоїдоз, розшарування аорти, легенева гіпертензія і СН;
  – нечасті: вроджена часткова або повна відсутність перикарда.

3. Класифікація перикардитів
(Асоціація кардіологів України, 2016)

I. Етіологічна характеристика:
- перикардит унаслідок бактерійних інфекцій;
- перикардит унаслідок інфекційних і паразитарних хвороб;
- перикардит унаслідок інших хвороб;
- перикардит неуточнений.

II. Патогенетичні та морфологічні варіанти:
- хронічний адгезивний перикардит;
- хронічний констриктивний, включно з кальцинозом перикарда;
- гемоперикард (скупчення крови між листками перикарда);
- перикардіальний випіт (незапальний) – гідроперикард, у тому числі хілоперикард (нагромадження лімфи в порожнині перикарда).

III. Ускладнення:
- міоперикардит*
- періміокардит**

IV. Ступінь вираженості перикардіального випоту, оцінений ультразвуковими й іншими методами досліджень*:**
- незначний
- середній
- значний

V. Характер перебігу:
- гострий (менш ніж три місяці)
- хронічний (понад три місяці)
- з наростанням тяжкости (тривалість без ремісії понад чотири–шість тижнів, але менш ніж три місяці)

VI. Серцева недостатність: ХСН: 0–III стадії; ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – термін «міоперикардит» означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення

концентрації тропоніну, креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ за показниками ЕхоКГ або МРТ;

** – термін «періміокардит» означає первинне ураження міокарда й може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними показниками маркерів ушкодження міокарда та ознаками нового вогнищевого або дифузного послаблення скоротливої функції ЛШ згідно з ЕхоКГ або МРТ;

*** – напівкількісна оцінка кількости перикардіального випоту (за результатами ЕхоКГ): незначна кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив ехосигналів між листками перикарда – до 3,0 мм. Рідина визначається лише в ділянці задньої стінки; помірна кількість – діастолічний розрив – від 3,0 до 8,3 мм. Рідина визначається в ділянці задньої стінки ЛШ і часто за ЛП, є гіпокінез задньої стінки ЛШ, помірна гіпокінезія верхівки серця; виражена кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив – від 8,3 до 20,0 мм і більше, рідина визначається як ззаду, так і спереду, збільшуючись від основи серця до його задньої стінки, виражений гіпокінез усіх стінок серця, псевдопролабування АВ клапанів.

4. Класифікація перикардіальних випотів
(M. S. Horowitz, 1974)

Тип випоту	Ехокардіографічні ознаки
A	Випоту немає
B	Сепарація епікарда та перикарда 3,0–16,0 мл
C_1	Випіт – понад 16,0 мл
C_2	Систолічна і діастолічна сепарація епікарда та перикарда з послабленням рухливости перикарда
D	Виражена сепарація епікарда та перикарда з великим еховільним простором
E	Стовщення перикарда (понад 4,0 мм)

5. Характеристика перикардіального випоту за ступенем виразности
(за результатами ехокардіографії)
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Випіт залежно від ступеня виразности	Характеристика
Незначний	Сепарація листків перикарда в діастолу менш ніж 10,0 мм
Помірний	Сепарація листків перикарда понад 10,0 мм, найбільше рідини в ділянці верхівки ЛШ та за ЛП
Значний	Сепарація листків перикарда понад 20,0 мм
Дуже виразний	Понад 20,0 мм і стиснення камер серця ззаду та спереду

6. Класифікація перикардиту

Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- **Гострий** – тривалістю менш ніж чотири тижні.
- **Недолікований** – від чотирьох–шести тижнів до трьох місяців без ремісії.
- **Рецидивний** – рецидив після задокументованого гострого перикардиту за наявности безсимптомного періоду впродовж чотирьох–шести тижнів або більше (зазвичай 8–24 місяці, однак точно верхню межу не з'ясовано).
- **Хронічний** – тривалістю понад три місяці.

7. Терміни для визначення перикардиту

Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- **Гострий –** виник уперше.
- **Постійний** – симптоми зберігаються чотири–шість тижнів.
- **Хронічний** – триває понад три місяці.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Перикардит».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Перикардит; ХСН*: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Перикардит; ХСН: ІІБ стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Перикардит: гострий, бактерійний (стафілококовий), незначна кількість перикардіального випоту; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.06.2020 р.), ФК І за NYHA (21.06.2020 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І30.1 Перикардит: гострий, бактерійний (стафілококовий), незначна кількість перикардіального випоту; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.06.2020 р.), ФК І за NYHA (21.06.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

B.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Перикардит».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Перикардит; ХСН*: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Перикардит: хронічний, середній ступінь перикардіального випоту; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Перикардит: неуточненої етіології, хронічний, констриктивний, перебіг із наростанням тяжкости, середній ступінь перикардіального випоту; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (15.09.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (21.09.2020 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «І31.1 Перикардит: неуточненої етіології, хронічний, констриктивний, перебіг із наростанням тяжкости, середній ступінь перикардіального випоту; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (15.09.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (21.09.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

C.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ХСН**: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ), стеноз міжшлуночкової гілки ЛВА 90,0 %, стеноз ПВА 50,0 % (коронарографія 09.02.2019 р.), МКШ (10.02.2019 р.); перикардит: гострий, посткардіотомійний, із помірним випотом; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I.20.8 ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ), стеноз міжшлуночкової гілки ЛВА 90,0 %, стеноз ПВА 50,0 % (коронарографія 09.02.2019 р.), МКШ (10.02.2019 р.); перикардит: гострий, посткардіотомійний, із помірним випотом; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 1.

8.2. I33, I38–I39 Інфекційний ендокардит

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I33 Гострий і підгострий ендокардит
- I33.0 Гострий і підгострий ендокардит
- I33.9 Гострий ендокардит, неуточнений

I38 Ендокардит клапанний, неуточнений
- I38.8 Інші порушення КА

I39 Ендокардит і ураження клапанів серця в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.0 Ураження МК за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.1 Ураження КА в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.2 Ураження ТК за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.3 Ураження клапана легеневого стовбура в разі хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.4 Множинні ураження серцевих клапанів за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I39.8 Ендокардит клапанний, неуточнений, у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках

2. Класифікація інфекційного ендокардиту
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2009)

I. Класифікація ІЕ за локалізацією інфекції та наявністю інтракардіальних пристроїв:
1. Лівобічний ІЕ власних клапанів*.
2. Лівобічний ІЕПК**:
   1) ранній ІЕПК: менш ніж один рік після операції на клапанах;
   2) пізній ІЕПК: понад один рік після операції на клапанах.
3. Правобічний ІЕ.
4. ІЕ за наявности пристрою (постійний водій ритму або кардіовертер-дефібрилятор).

II. Класифікація ІЕ за способом набуття:
1. Ятрогенний ІЕ:
   1) нозокоміальний: у хворих, ушпиталених більш ніж за 48 год до появи ознак / симптомів ІЕ;
   2) ненозокоміальний: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який до цього отримував медичну допомогу у вигляді:
      а) амбулаторного внутрішньовенного лікування, гемодіалізу або внутрішньовенної фармакотерапії за 30 днів до того, як діагностовано ІЕ;
      б) або шпиталізації до відділення інтенсивної терапії у період менш ніж 90 днів до того, як діагностовано ІЕ;
      в) або перебування в хоспісі чи будинку для людей похилого віку.
2. Позалікарняний ІЕ: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який не відповідає критеріям ятрогенної інфекції.
3. ІЕ наркозалежних: ІЕ у ін'єкційних наркозалежних, якщо немає альтернативних джерел інфекції.

III. Класифікація ІЕ за активністю:
1. Активний:
   1) ІЕ зі стійкою гарячкою й позитивним бактеріологічним дослідженням крови;
   2) або в разі хірургічного втручання – морфологічно активний запальний процес;
   3) або позитивна динаміка в результаті лікування антибіотиками;
   4) або гістопатологічне доведення активности ІЕ.
2. Рецидивний ІЕ:
   1) рецидив: повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, менш ніж через шість місяців після виникнення першого епізоду;
   2) реінфекція:
      а) інфікування іншим мікроорганізмом;

б) повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, більш ніж через шість місяців після першого випадку.

Примітки: * – первинний ІЕ – на неушкоджених клапанах (третина випадків);
** – вторинний ІЕ – за наявности хвороб серця (ревматичне або атеросклерозне ураження клапанів, вроджені й набуті вади серця, кардіоміопатія, ІМ, пролапс МК, травма, чужорідне тіло).

3. Класифікація інфекційного ендокардиту
(XVI Національний конгрес кардіологів, 2015/
Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

I. Активність процесу:
1. Активний ІЕ:
- ІЕ зі стійкою гарячкою і лабораторним підтвердженням наявности інфекційної етіології хвороби дослідженням гемокультури;
- хірургічно виявлені ознаки активного запалення;
- гістопатологічне підтвердження активного ІЕ.

2. Неактивний ІЕ.

II. ІЕ відповідно до локалізації й наявности чи відсутности внутрішньосерцевого чужорідного матеріалу:
- ІЕ нативного клапана з ураженням лівих відділів серця;
- ІЕПК з ураженням лівих відділів серця.

Ранній ІЕПК (менш як один рік після оперативного втручання на клапані).

Пізній ІЕПК (понад рік після оперативного втручання на клапані):
- ІЕ із ураженням правих відділів серця;
- ІЕ за наявности штучного водія ритму й інших пристроїв (кардіовертер-дефібрилятор та ін.).

III. ІЕ залежно від способу виникнення:
- асоційований із медичним втручанням:
- нозокоміальний*, ненозокоміальний**;
- позалікарняний***;
- у результаті внутрішньовенного введення наркотиків.

IV. Ускладнення:
- рецидив – повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником, у період до шести місяців після первинної хвороби;
- реінфекція – ІЕ , спричинений іншим збудником, або повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником через шість місяців і більше після первинної хвороби.

V. ХСН: 0–III стадія; ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – нозокоміальний – поява перших ознак ІЕ після 48 год перебування хворого у стаціонарі; ** – ненозокоміальний – поява перших ознак ІЕ до 48 год перебування у стаціонарі у хворих, яким проводили такі медичні заходи: в/в лікування, гемодіаліз чи в/в хіміотерапія за 30 днів до перших ознак ІЕ; *** – позалікарняний ІЕ – ознаки ІЕ, що

з’явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації у хворих, які не відовідають критеріям ІЕ, асоційованого з медичним втручанням.

4. Класифікація інфекційного ендокардиту за варіантами клінічного перебігу
(XVI Національний конгрес кардіологів, 2015)

1. Гострий (до двох місяців).
2. Підгострий (затяжний) (від двох до шести місяців).
3. Хронічний (рецидивний) (понад шість місяців).
4. Латентний (без видимих симптомів).

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ; недостатність КА; ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕ; недостатність КА*; ХСН**: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕ: первинний; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); ШТ***: стійка, поліморфна, 25.02.2018 р.; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.02.2018 р.), ФК IV за NYHA (24.02.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ: первинний; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); ШТ: стійка, поліморфна, 25.02.2018 р.; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.02.2018 р.), ФК IV за NYHA (24.02.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ: первинний; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (IV стадія); ШТ: стійка, поліморфна, 25.02.2018 р.; ХСН (ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.02.2018 р.), ФК IV за NYHA (24.02.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:
«ІЕ: первинний; поліпозно-виразковий; КА (бактеріологічне дослідження № 94 (26.10.2019 р.): Streptococcus haemoliticus);

тромбоемболійний синдром (численні бактерійні тромбоемболи у дрібних артеріях нирок, селезінки, мозку); дрібні інфаркти нирок, селезінки з нагноєнням; мікроабсцеси в обох півкулях головного мозку; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 15; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 5.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІЕ; ГСН; ХСН: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІЕ (первинний, недостатність МК; ускладнений гострим (01.06.2018 р.) Q-ІМ бічної стінки ЛШ); ГСН*: клас ІІ за Т. Killip (01.06.2018 р.); ХСН**: ІІБ стадія; ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІЕ: (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; недостатність МК *** (ІІІ стадія); активна фаза, активність ІІІ ступеня; ускладнений гострим (01.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q бічної стінки ЛШ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (01.06.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (11.06.2018 р.), клас ІV за Т. Killip (11.06.2018 р.); ФШ (дефібриляція 13.06.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA (01.06.2018 р.), ФК ІV за NYHA (11.06.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І33.0 ІЕ (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; недостатність МК (ІІІ стадія); активна фаза, активність ІІІ ступеня; ускладнений гострим (01.06.2018 р.) ІМ**** зі зубцем Q бічної стінки ЛШ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (01.06.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (11.06.2018 р.), клас ІV за Т. Killip (11.06.2018 р.); ФШ***** (дефібриляція 13.06.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA (01.06.2018 р.), ФК ІV за NYHA (11.06.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«І33.0 ІЕ (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; недостатність МК (ІІІ стадія); активна фаза, активність ІІІ ступеня; ускладнений гострим (01.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q бічної стінки ЛШ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (01.06.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (11.06.2018 р.), клас за Т. Killip ІV (11.06.2018 р.); ФШ (дефібриляція 13.06.2018 р.); ХСН (ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ

за NYHA (01.06.2018 р.), ФК IV за NYHA (11.06.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІЕ: вторинний; недостатність МК (III стадія, бактеріологічне дослідження вегетацій із клапана № 92 (15.06.2018 р.): Pseudomonas aeroginosa); ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 390,0 г, товщина стінки ЛШ 2,0 см, правого – 0,6 см) із вираженою дилятацією порожнин серця; тромбоемболійний синдром (тромбобактерійний ембол у ЛВА; ІМ в ділянці бічної стінки ЛШ (розміром 3,0 $см^2$) з нагноєнням; інфаркти в обох нирках); хронічне загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанозна» індурація нирок і селезінки); набряк легень і головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 12; ****** – див. додаток 1; *** – див. додаток 15; **** – див. додаток 7; ***** – див. додаток 5.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІЕ; ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІЕ: первинний, складна аортально-мітральна вада серця (недостатність КА* (III стадія), МС* (IV стадія)); ХСН**: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІЕ (первинний; складна аортально-мітральна вада серця (недостатність КА (III стадія), МС (IV стадія)), комісуротомія МК (26.09.2020 р.)); активна фаза, активність III ступеня; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК III за NYHA (23.09.2020 р.), ФК II за NYHA (01.10.2020 р.), ФК I за NYHA (05.10.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І33.0 ІЕ (первинний; складна аортально-мітральна вада серця (недостатність КА (III стадія), МС (IV стадія)), комісуротомія МК (26.09.2020 р.)); активна фаза, активність III ступеня; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК III за NYHA (23.09.2020 р.), ФК II за NYHA (01.10.2020 р.), ФК I за NYHA (05.10.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 15; ** – див. додаток 1.

D.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІЕ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ; ХСН*: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕПК: недостатність МК**; активна фаза, активність І ступеня; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕПК: недостатність МК (ІІІ стадія); активна фаза, активність І ступеня; репротезування МК (02.02.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.02.2018 р.), ФК І за NYHA (08.03.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕПК: недостатність МК (ІІІ стадія); активна фаза, активність І ступеня; репротезування МК (02.02.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (28.02.2018 р.), ФК І за NYHA (08.03.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 1; ** – див. додаток 15.

8.3. I01.2, I40–I41 Міокардит

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I01 Гострий ревматизм із залученням серця
- I01.2 Гострий ревматичний міокардит

I40 Гострий міокардит
- I40.0 Інфекційний міокардит
- I40.1 Ізольований міокардит
- I40.8 Інший гострий міокардит
- I40.9 Гострий міокардит, неуточнений

I41 Міокардит за наявности бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I41.0 Міокардит за наявности бактерійних хвороб, класифікованих у інших рубриках

I41.1 Міокардит за наявности вірусних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.2 Міокардит за наявности інших інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
I41.8 Міокардит у разі інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

2. Класифікація міокардитів за етіологією

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

I. Інфекційний міокардит:
1. Віруси: Коксакі А і В, грипу А і В, гепатиту С, ВІЛ, простого герпесу тощо.
2. Бактерії: стафілокок, стрептокок, пневмокок, сальмонела, коринебактерії дифтерії тощо.
3. Гриби.
4. Рикетсії.
5. Спірохети: борелія (хвороба Лайма), лептоспіра.
6. Гельмінти.
7. Найпростіші: лейшманія, трипаносома (хвороба К. Р. Ж. Шагаса), токсоплазмоз.

II. Імуноспричинений міокардит:
1. Алергійні: вакцини, ліки.
2. Автоантигени: СЧВ, РА, ЦД 1-го типу тощо.
3. Алоантигени: реакція відторгнення трансплантата.

III. Токсичний міокардит:
1. Лікарські засоби (циклофосфамід, літій тощо).
2. Важкі метали (мідь, залізо, свинець тощо).
3. Фізичні агенти: радіація, електричний струм, опромінення.
4. Інші агенти: укуси тварин (змії, скорпіони, комахи), фосфор, миш'як, сироватки, вакцини тощо.

3. Класифікація міокардиту

(XVI Національний конгрес кардіологів України, 2015)

- **Варіанти перебігу:**
  - гострий (менш ніж три місяці від початку хвороби);
  - підгострий (три–шість місяців від початку хвороби);
  - хронічний* (понад шість місяців від початку хвороби);
  - міокардіофіброз** – I51.4.
- **Етіологія:**
  - зі з'ясованою етіологією (інфекційний, бактерійний, вірусний, паразитарний);
  - неуточнений.

- **Поширеність:**
  - ізольований;
  - дифузний.
- **Характер перебігу***:**
  - легкий;
  - середньої тяжкости;
  - тяжкий.
- **Ускладнення:**
  - міоперикардит****;
  - періміокардит*****.
  - порушення серцевого ритму та провідностри, тромбоемболії тощо.
- **ХСН:** 0–III стадії, ФК I–IV.

Примітки: * – **хронічний міокардит** зі систолічною дисфункцією ЛШ відповідає терміну «запальна кардіоміопатія», згідно з думкою експертів робочої групи Європейського товариства кардіологів; ** – **міокардіофіброз** – заміщення здорових м'язових клітин такими, що не можуть скорочуватися і погано проводять імпульс; *** – **легкий перебіг** може бути безсимптомним. Ураження серця виявляється за допомогою ЕКГ, біохімічного чи рентгенологічного дослідження під час або впродовж двох тижнів після перенесеної інфекції (близько 20,0 % випадків міокардиту, що діагностується), **середньої тяжкости** – реєструються збільшення розмірів серця, інколи порушення скоротливости міокарда, однак проявів СН ще немає, **тяжкий перебіг** – характерна кардіомегалія з ознаками СН (задишка, тахікардія або серцебиття, гіпотензія, ритм галопу, ціаноз, набряк ніг, набухання шийних вен). Може виявлятися симптомами кардіогенного шоку або тяжкими порушеннями ритму та провідности; **** – термін **«міоперикардит»** означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення показників тропоніну Т або I, МВ-креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ за результатами ЕхоКГ або МРТ; ***** – термін «**періміокардит»** означає первинне ураження міокарда. Може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними показниками маркерів ушкодження міокарда й ознаками нового вогнищевого або дифузного послаблення скоротливої функції ЛШ за результатами ЕхоКГ або МРТ.

4. Визначення міокардиту, запальної і дилятаційної кардіоміопатії (Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

Міокардит	Запальна хвороба міокарда, що діагностується за допомогою визначених гістологічних*, імунологічних та імуногістохімічних критеріїв**
Запальна КМП* **	Міокардит у поєднанні зі систолічною дисфункцією ЛШ
ДКМП** **	Клінічний діагноз, який характеризується дилятацією і зниженням скоротливої здатности ЛШ або обох шлуночків, не пов'язаними з ішемічною хворобою серця, або іншими причинами, що призводять до перевантаження шлуночків

Примітки: * – Даллаські гістологічні критерії: наявність інфільтрації міокарда з дегенерацією і некрозом кардіоміоцитів, не асоційованої з ІХС; ** – неспецифічні імуногістохімічні критерії: наявність інфільтрації (14 лейкоцитів на 1 мм^2, включаючи до 4 моноцитів на 1 мм^2 і за наявности CD_3 Т-лімфоцитів 7 клітин на 1 мм^2); *** – запальна кардіоміопатія, залучена до патогенезу ДКМП, має ідіопатійний, автоімунний та інфекційний підтипи; **** – ДКМП має ідіопатійний, спадковий/генетичний, вірусний або імунний, алкогольний/токсичний підтипи.

5. Морфологічна класифікація міокардитів*
(Далласька класифікація, 1984)

I. Первинна біопсія:
   а) міокардит із фіброзом або без нього;
   б) межовий міокардит (можлива повторна біопсія);
   в) немає міокардиту.
II. Повторна біопсія:
   а) міокардит, що триває, із фіброзом або без нього;
   б) міокардит, що завершується, з фіброзом або без нього;
   в) завершений міокардит із фіброзом або без нього.

Примітки: * – виконання ендоміокардіальної біопсії (ЕМБ) за наявности підозри на міокардит зазвичай не рекомендовано, позаяк немає специфічних, обґрунтованих на цьому методі рекомендацій лікування. Згідно з рекомендаціями AHA/ACCF/ESC (2007), виконанню ЕМБ присвоєно І клас рекомендацій у разі:

– нез'ясованої СН тривалістю менше двох тижнів за наявности нормального або дилятованого ЛШ та порушень гемодинаміки (може визначатися лімфоцитарний міокардит, гігантоклітинний міокардит і некротизувальний еозинофільний міокардит);

– нез'ясованої уперше виниклої СН тривалістю від двох тижнів до трьох місяців за наявности дилятованого ЛШ та з уперше виниклими шлуночковими аритміями, АВ-блокадою II (В. Мобітц, II тип) 3-го ступеня або недостатня ефективність звичайного лікування впродовж одного-двох тижнів (може спостерігатися гігантоклітинний міокардит).

Клас рекомендації IIa присвоєно таким клінічним сценаріям:

– нез'ясована вперше виникла СН тривалістю понад три місяці за наявности дилятованого ЛШ та з повторно виниклими шлуночковими аритміями, АВ-блокадою II (В. Мобітц, тип II) 3-го ступеня або недостатньою ефективністю звичайного лікування впродовж одного-двох тижнів (може спостерігатися саркоїдоз або ідіопатійний гранульоматозний міокардит);

– нез'ясована СН, яка спричинена ДКМП різної тривалости, якщо є підозра на алергійну реакцію з еозинофілією (гіперсенситивний міокардит, некротизувальний еозинофільний міокардит);

– нез'ясована СН, якщо є підозра на антрациклінову кардіоміопатію;

– СН, асоційована з нез'ясованою рестриктивною кардіоміопатією;

– підозра на пухлину серця (за винятком типової міксоми);

– нез'ясована кардіоміопатія у дітей.

6. Варіанти міокардитів
(E. B. Lieberman, 1991)

- **Блискавичний (фульмінантний) міокардит.** Характерне надзвичайно швидке наростання симптомів СН, гарячка (>38,0 ^{0}C). Застосування

ізотропних середників дає змогу у віддаленому періоді (>10 років) вижити понад 93,0 % хворих. Під час ЕхоКГ-дослідження спостерігається виразне потовщення міокарда, спричинене набряком.

- **Гострий міокардит.** Швидко виникає дилятація ЛШ, попри позитивну відповідь на імуносупресивне лікування. Можливе наростання тяжкости хвороби з наступним переходом у ДКМП.
- **Хронічний активний міокардит.** Початок хвороби нечіткий. Спостерігаються помірне зниження скоротливости міокарда, часті рецидиви хвороби, незважаючи на позитивну відповідь на лікування імуносупресивними середниками. Хвороба характеризується утворенням вираженого фіброзу в міокарді. Хронічний міокардит переважно трансформується у ДКМП.
- **Хронічний персистивний міокардит.** Характерні тривалий больовий синдром, формування вогнищ запалення у міокарді, немає значної дилятації порожнин серця, збереження скоротливости міокарда. Прогноз сприятливий.
- **Гігантоклітинний міокардит.** Спостерігаються наростання рефрактерної СН, порушення ритму та провідности. Прогноз надзвичайно несприятливий: середня тривалість життя 5,5 місяця. Найефективніший метод лікування – трансплантація серця.
- **Еозинофільний міокардит.** Виразні клінічні симптоми, формування тромбів у порожнині серця та емболічний синдром. Фінал хвороби – ендоміокардіальний фіброз, який призводить до тяжкої СН.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«Міокардит».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«Міокардит; АВ блокада: I ступінь*; ХСН**: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«Міокардит; АВ блокада: I ступінь; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«Міокардит: гострий, вірусний, післягрипозний, ізольований (вогнищевий), легкий перебіг; АВ блокада (I ступінь); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК II за NYHA (23.07.2020 р.), ФК I за NYHA (02.08.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I40.1 Міокардит: гострий, вірусний, післягрипозний, ізольований (вогнищевий), легкий перебіг; АВ блокада (I ступінь); ХСН: I стадія;

зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК II за NYHA (23.07.2020 р.), ФК I за NYHA (02.08.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1.

B.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Екстрасистолія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Екстрасистолія (шлуночкова)*».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Міокардіофіброз; екстрасистолія (шлуночкова); ХСН**: I стадія».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Міокардіофіброз: ізольований; екстрасистолія: шлуночкова, тригемінія, клас 4а за B. Lown і M. Wolf; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК I за NYHA».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I51.4 Міокардіофіброз: ізольований; екстрасистолія: шлуночкова, тригемінія, клас 4а за B. Lown і M. Wolf; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК I за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 3; ** – див. додаток 1.

C.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Набряк легень».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Міокардит; набряк легень (12.10.2018 р.); ХСН*: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Міокардит; ГСН (набряк легень** 12.10.2018 р.); ХСН: IIA стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК III за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Міокардит: гострий, стафілококовий, дифузний, тяжкий перебіг; ГСН: набряк легень (12.10.2018 р.), 3-й ступінь; ХСН: IIA стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК III за NYHA (11.10.2018 р.), ФК II за NYHA (17.10.2018 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I41.0 Міокардит: гострий, стафілококовий, дифузний, тяжкий перебіг; ГСН: набряк легень (12.10.2018 р.), 3-й ступінь; ХСН: IIA

стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК III за NYHA (11.10.2018 р.), ФК II за NYHA (17.10.2018 р.)».

Примітки: ** – див. додаток 1; ** – класифікація ГСН (див. додаток 12).

Класифікація і гемодинамічні ознаки різних варіантів гострої серцевої недостатності

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2005 /Робоча група з невідкладної кардіології Асоціації кардіологів України, 2012)

Клінічний стан	ЧСС	САТ, мм рт. ст.	Серцевий індекс (CI), л/хв/м^2	ТЗЛА, мм рт. ст.	T. Killip/ J. S. Forester	Діурез	Гіпоперфузія**
I. Гостра декомпенсована СН	Можлива тахікардія	Норма/підвищений	Норма/підвищений	Ледь підвищений	II/II	Достатній	+/-
II. ГСН із АГ (гіпертензивні кризи)	Зазвичай підвищена, можлива тахікардія	Високий	Помірно низький	>18,0	II-IV/II-III	Достатній або підвищений	+/-
III. Гостра СН із набряком легень	Тахікардія	Норма	Низький	Підвищений	III/II	Достатній	+/-
IVa. Малий СВ чи кардіогенний шок*	Тахікардія	Норма	<2,2	>16,0	III-IV/I-III	Знижений	+
IVb. Тяжкий кардіогенний шок	>90 уд./хв	<90,0	<1,8	>18,0	IV/IV	Значно знижений	++
V. ГСН із великим СВ	Тахікардія	Зазвичай підвищений	Високий	Зазвичай знижений	II/I-II	Достатній	-
VI. Правошлуночкова СН	Зазвичай низька, можлива брадикардія	Низький	Низький	Низький	-/I	Достатній або знижений	+/-

Примітки: * – відмінність синдрому малого СВ від кардіогенного шоку суб'єктивна, під час оцінювання цих пунктів у конкретного хворого вони можуть частково збігатися; **+/- – помірна гіпоперфузія, + – значна гіпоперфузія, ++ – різко виражена гіпоперфузія, - – гіпоперфузія не характерна.

I. Гостра декомпенсована СН – слабо виражені симптоми ГСН, що не відповідають критеріям кардіогенного шоку, набряку легень та гіпертензивній ГСН.

II. Гіпертензивна гостра СН – симптоми ГСН у хворих із відносно збереженою функцією ЛШ в поєднанні з високим АТ.

III. Набряк легень (підтверджений рентгенографічно) – тяжкий респіраторний дистрес-синдром із вологими хрипами в легенях, ортопное і зазвичай насичення артеріальної крови киснем <90,0 % під час дихання кімнатним повітрям до початку лікування.

IV. Кардіогенний шок – клінічний синдром, що характеризується гіпоперфузією тканин. Зазвичай спостерігається артеріальна гіпотонія (САТ <90 мм рт. ст. чи зниження середнього АТ >30 мм рт. ст.) і /чи зниження швидкости діурезу <0,5 мл/кг • год. Симптоми можуть бути зумовлені наявністю тахі-/брадіаритмії, а також вираженою порушеною скоротливою функцією ЛШ (істинний кардіогенний шок). В останньому випадку ЧСС >60 уд./хв і немає тяжких тахіаритмій. Наявність застою у тканинах можлива, але не обов'язкова. Синдром малого СВ і кардіогенний шок – різні стадії одного процесу.

V. СН із великим СВ – симптоми ГСН у хворих із великим СВ, переважно в поєднанні з тахікардією, теплими шкірними покривами і кінцівками, застоєм у легенях та інколи низьким АТ (септичний шок).

VI. Недостатність ПШ – синдром малого СВ у поєднанні з підвищеним тиском у яремних венах, збільшенням печінки й артеріальною гіпотонією.

Набряк легень
(цит за В. Ю. Шаніним, 2006)

- **Кардіогенний** (спричинений ураженням передсердь і шлуночків: ІМ, МС, міокардит, ГХ тощо).
- **Некардіогенний** (ятрогенний, алергійний, унаслідок хвороб легень, голодування тощо).

Класифікація набряку легень за ступенями тяжкости
(О. Й. Грицюк, В. З. Нетяженко, 1984)

1-й ступінь (переднабряковий) – спостерігається диспное, можливий бронхоспазм.

2-й ступінь (середній) – з'являються помірні хрипи, чутні на невеликій віддалі, ортопное.

3-й ступінь (тяжкий) – характеризується вираженим ортопное, клекотливими, чутними на віддалі хрипами.

4-й ступінь (класичний набряк легень) – тяжке ортопное, сильна слабість і рясна пітливість, хрипи, чутні на значній віддалі.

D.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ФП**; ХСН***: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант; ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 40,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Міокардит: хронічний, неуточнений, тяжкий перебіг; ФП (персистентна форма; тахісистолічний варіант (06.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (09.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 2 бали); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І51.4 Міокардит: хронічний, неуточнений, тяжкий перебіг; ФП (персистентна форма; тахісистолічний варіант (06.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (09.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 2 бали); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1.

Е.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Міокардит (екстрасистолія*); ХСН**: ІІБ стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Міокардит; екстрасистолія : шлуночкова, часта; ХСН: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Міокардит; екстрасистолія: шлуночкова, часта; АВ блокада***: ІІ ступеня, І типу; ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК ІV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Міокардит: ідіопатійний, тип С. С. Абрамова – К. Л. Фідлера, гострий, неуточнений, дифузний, тяжкий перебіг; екстрасистолія: шлуночкова, часта, клас 5 за B. Lown і M. Wolf; АВ блокада (гостра (20.07.2019 р.); ІІ ступеня, І типу); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК ІV за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І40.9 Міокардит: ідіопатійний, тип С. С. Абрамова – К. Л. Фідлера, гострий, неуточнений, дифузний, тяжкий перебіг; екстрасистолія: шлуночкова, часта, клас 5 за B. Lown і M. Wolf; АВ блокада (гостра (20.07.2019 р.); ІІ ступеня, І типу); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК ІV за NYHA».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I40.9 Міокардит: ідіопатійний, тип С. С. Абрамова – К. Л. Фідлера, гострий, неуточнений, дифузний, тяжкий перебіг; АВ блокада (гостра (20.07.2019 р.); II ступеня, I типу); екстрасистолія: шлуночкова, часта, клас 5 за B. Lown і M. Wolf; ШТ: 25.07.2019 р., стійка, поліморфна; ФШ (дефібриляція 25.07.2019 р.); ГСН: набряк легень (25.07.2019 р.); ХСН (IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК IV за NYHA); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«Ідіопатичний міокардит С. С. Абрамова – К. Л. Фідлера; дилятація всіх порожнин серця; пристінковий тромбоз ЛШ; гостре загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів; набряк легень; набряк головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 3; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 5.

F.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Пневмонія: нешпитальна, лівобічна».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Пневмонія: нешпитальна, лівобічна, нижньої частки; ДН: III ступеня».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Пневмонія (нешпитальна, лівобічна, нижньої частки, клінічна група IV; ДН: III ступеня); міокардит; блокада ЛНПГ*; ХСН**: IIA стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Пневмонія (нешпитальна, гостра, лівобічна, нижньої частки, тяжкий перебіг, клінічна група IV; ДН: III ступеня, за змішаним типом); міокардит: гострий, ізольований, тяжкий перебіг; блокада ЛНПГ; ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA (12.04.2019 р.), ФК IV за NYHA (14.04.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«J13.0 Пневмонія (нешпитальна, гостра, лівобічна, нижньої частки, тяжкий перебіг, клінічна група IV; ДН: III ступеня, за змішаним типом); міокардит: гострий, ізольований, тяжкий перебіг; блокада ЛНПГ (гостра, 12.04.2019 р.); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA (12.04.2019 р.), ФК IV за NYHA (14.04.2019 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«J13.0 Пневмонія (нешпитальна, гостра, лівобічна, нижньої частки, тяжкий перебіг, клінічна група IV; ДН: III ступеня, за змішаним типом); міокардит: гострий, ізольований, тяжкий перебіг; блокада ЛНПГ (гостра, 12.04.2019 р.); ГСН: набряк легень (20.04.2019 р.); ХСН (IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA (12.04.2019 р.), ФК IV за NYHA (14.04.2019 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«Пневмонія (правобічна; нижньочасткова; крупозна; стадія «сірої гепатизації»; бактеріологічно – Streptococcus pneumoniae (25.04.2019 р.)); абсцеси в II–III сегментах правої легені; гострий вогнищевий міокардит; гостре загальне венозне повнокрів'я; набряк легень і головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1.

8.4. I42–I43 Кардіоміопатія

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992
(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I42 КМП із розширенням меж серця
- I42.0 КМП із розширенням меж серця
- I42.1 Гіпертрофійна обструктивна КМП
- I42.2 Інша ГКМП
- I42.3 Ендоміокардійна (еозинофільна) хвороба
- I42.4 Ендокардійний фіброеластоз
- I42.5 Інша РКМП
- I42.6 Алкогольна КМП
- I42.7 КМП унаслідок дії лікарських засобів та інших зовнішніх агентів
- I42.8 Інші КМП
- I42.9 КМП, неуточнена

I43 КМП за наявности інфекційних хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I43.0 КМП в разі інфекційних і паразитарних хвороб, класифікованих у інших рубриках
- I43.1 КМП за наявности метаболічних хвороб

I43.2 КМП за наявности хвороб, спричинених харчуванням
I43.8 КМП в разі інших хвороб, класифікованих у інших рубриках

2. Класифікація кардіоміопатій

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) – ВООЗ, 1995)

I. ДКМП
II. ГКМП
III. РКМП
IV. АКМП
V. Некласифікована КМП:
1. Фіброеластоз.
2. Некомпактний (губчастий) міокард.
3. Систолічна дисфункція ЛШ без його дилятації або з мінімальною дилятацією.
4. Ураження міокарда на рівні мітохондрій (наявні ознаки різних видів КМП).

VI. Специфічні:
1. Ішемійна.
2. Клапанна.
3. Гіпертензивна.
4. Запальна.
5. Метаболічна (амілоїдоз, ендокринна, хвороби нагромадження, дефіцит вітамінів).
6. Унаслідок генералізованих системних хвороб.
7. Унаслідок м'язових дистрофій.
8. Унаслідок нервово-м'язових порушень.
9. Унаслідок алергійних і токсичних реакцій.
10. Перипартальна (післяпологова).

3. Класифікація кардіоміопатій

(Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA), 2006)

I. Первинні КМП: ізольоване або превалююче ушкодження міокарда:
1. Генетичні:
- ГКМП;
- АКМП;
- некомпактний міокард ЛШ;
- порушення депонування глікогену;
- PRKAG2 (proteinkinase, AMP-activated, γ^2 non-catalitic subunit (протеїнкіназа, яка активується АМФ (аденозинмонофосфатом), γ^2 некаталітична субодиниця));

– хвороба М. Дж. Данона;
– хвороби провідної системи;
– мітохондріальні міопатії.

2. Набуті:
– ДКМП;
– РКМП (негіпертрофійні та недилятаційні);
– запальні (міокардити);
– стресіндукована (КМП такоцубо);
– перипортальна;
– тахікардіоіндукована;
– КМП у дітей, народжених матерями з інсулінозалежним ЦД.

II. Вторинні КМП: міокардійні ушкодження є частиною генералізованих системних (мультиорганних) хвороб:
- Інфільтративні (амілоїдоз, хвороба Ф. Ш. Е. Гоше, хвороба Г. Гурлер, хвороба Ч. А. Хантера)
- Хвороби нагромадження (гемохроматоз, хвороба Дж. Фабрі, глікогенози, хвороба А. Німана – Л. Піка)
- Інтоксикаційні (лікарські засоби, важкі метали, інші хімічні впливи)
- Ураження ендоміокарда (ендоміокардійний фіброз, гіпереозинофільний синдром)
- Запальні/гранульоматозні (саркоїдоз)
- Автоімунні хвороби (СЧВ, дерматоміозит, РА, склеродермія, вузликовий поліартеріїт)
- Ендокринні й електролітні порушення (ЦД, гіпертироз, гіпотироз, гіперпаратироз, феохромоцитома, акромегалія)
- Кардіофасціальні синдроми (синдром Ж. А. Нунан, лентигіоз)
- Нейром'язові хвороби (атаксія Н. Фрідрайха, м'язова дистрофія Дж. Б. А. Дюшена, А. Е. Г. Емері – Ф. Е. Дрейфуса тощо)
- Дефіцит їжі (бері-бері, пелагра, дефіцит карнітину, квашіокор тощо)
- Наслідки лікування онкологічних хвороб (доксорубіцин, циклофосфамід, променева хвороба).

4. Класифікація фенотипів кардіоміопатій*

(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2008)

- ГКМП
- ДКМП
- АКМП
- РКМП некласифіковані:
  – некомпактний міокард;
  – КМП такоцубо.

Примітка. * Кожний фенотип поділяється на:

I. Родинні:
- неідентифіковані;
- підтип хвороби.

II. Неродинні:
- ідіопатійні;
- підтип хвороби.

5. Класифікація неродинної дилятаційної кардіоміопатії
(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2008)

- міокардит (інфекційний, токсичний, автоімунний)
- хвороба Т. Кавасакі
- еозинофілія (синдром Дж. Чарга – Л. Строса)
- персистенція вірусів
- вплив лікарських засобів
- перипортальна
- ендокринна
- дефіцитні стани (тіамін, карнітин, селен, гіпофосфатемія, гіпокальціємія)

6. Класифікація гіпертрофійної кардіоміопатії
(Нью-Йоркська асоціація серця (New York Heart Association – NYHA), 2001)

I стадія – градієнт тиску до 25 мм рт. ст., зазвичай скарг немає;

II стадія – градієнт тиску до 35 мм рт. ст, самопочуття погіршується під час фізичного навантаження;

III стадія – градієнт тиску до 44 мм рт. ст., виражені клінічні симптоми – стенокардія, задишка та порушення гемодинаміки;

IV стадія – градієнт тиску 45 мм рт. ст. і вище, є значні порушення гемодинаміки.

7. Класифікація гіпертрофійної кардіоміопатії за локалізацією
(L. K. Williams at al. 2009)

- Гіпертрофія базальних відділів МШП
- Тотальна гіпертрофія МШП
- Тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ
- Гіпертрофія верхівки з можливим поширенням на вільну стінку

8. Класифікація кардіоміопатій
(Асоціація кардіологів України, 2016)

I. Нозологічна форма*:

1. ДКМП.

2. ГКМП (обструктивна, необструктивна).
3. РКМП.
4. Алкогольна КМП.
5. КМП, спричинена лікарськими засобами та іншими зовнішніми чинниками.
6. АКМП.
7. КМП, що виникають за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках (системні хвороби, м'язові дистрофії, нейром'язові порушення, перипартальні).
8. КМП, спричинені інфекційними та паразитарними хворобами, в тому числі дифтерією.
9. Метаболічна КМП**.

II. Клінічний варіант*** (аритмія, кардіальгія тощо).

III. ХСН: 0–III стадія.

Примітки: * – у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках; має бути подвійне кодування, основною буде хвороба, яка спричинила КМП; ** – спричинена ендокринними порушеннями; *** – класифікація КМП за клінічними проявами:

- малосимптомний варіант;
- вегетодистонічний варіант;
- інфарктоподібний варіант;
- кардіальгійний варіант;
- аритмійний варіант;
- декомпенсаційний варіант;
- псевдоклапанний варіант;
- змішаний варіант;
- блискавичний варіант.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ДКМП; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ДКМП; ФП* (постійна форма); ХСН**: IIБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ДКМП: змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали; ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ДКМП (змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА)); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (25.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (30.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 3 бали; HAS – BLED 2

бали); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК IV за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.0 ДКМП (змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА***); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (25.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (30.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 3 бали; HAS – BLED 2 бали); екстрасистолія****: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК IV за NYHA».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I42.0 ДКМП (змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (25.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (30.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 3 бали; HAS – BLED 2 бали); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: (ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 24,0 %); ФК IV за NYHA); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ДКМП (маса серця 450,0 г): кулястий тромб у ЛП; хронічне загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанозна» індурація нирок і селезінки); набряк легень і головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 2; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 11; **** – див. додаток 3.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГКМП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГКМП; ХСН*: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма (тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма (тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ); ХСН: I стадія; зі

збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК II за NYHA (27.07.2017 р.), ФК I за NYHA (03.08.2017 р.) ».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.1 ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма (тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК II за NYHA (27.07.2017 р.), ФК I за NYHA (03.08.2017 р.)».

Примітка. * – див. додаток 1.

C.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Пароксизмальна тахікардія*».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Тахікардія: суправентрикулярна, пароксизмальна, 15.07.2018 р.; ХСН**: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«КМП: метаболічна, аритмійний варіант (тахікардія (15.07.2018 р.): пароксизмальна, суправентрикулярна); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«КМП: метаболічна (тиротоксична (вузловий дифузний зоб, медикаментозний евтироз)), аритмійний варіант (тахікардія: пароксизмальна, суправентрикулярна, електрична кардіоверсія (15.07.2018 р.)); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (15.07.2018 р.), ФК I за NYHA (17.07.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«E05.9 КМП: метаболічна (тиротоксична (вузловий дифузний зоб, медикаментозний евтироз)), аритмійний варіант (тахікардія: пароксизмальна, суправентрикулярна, електрична кардіоверсія (15.07.2018 р.)); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (15.07.2018 р.), ФК I за NYHA (17.07.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1.

D.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС* із елевацією сегмента ST; ХСН*: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«КМП такоцубо: кардіальгійний варіант; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (10.10.2020 р.), ФК I за NYHA (14.10.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.8 КМП такоцубо: кардіальгійний варіант; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (10.10.2020 р.), ФК I за NYHA (14.10.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 1.

Е.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: дифузний кардіосклероз*; ФП**: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН***: IIБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 34,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«РКМП (амілоїдоз серця; змішаний (аритмійний і декомпенсаційний) варіант); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (12.07.2019 р.), нормосистолічний варіант (22.07.2019 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.3 РКМП (амілоїдоз серця; змішаний (аритмійний і декомпенсаційний) варіант); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (12.07.2019 р.), нормосистолічний варіант (22.07.2019 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: IIБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1.

9. I44–I49 Порушення ритму і провідности серця

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I44 АВ блокада і блокада ЛНПГ
- I44.0 АВ блокада першого ступеня
- I44.1 АВ блокада другого ступеня
- I44.2 АВ блокада повна
- I44.3 Інші та неуточнена АВ блокада
- I44.4 Блокада ЛНПГ
- I44.5 Блокада задньої гілки ЛНПГ
- I44.6 Інші та неуточнена блокади пучка В. Гіса
- I44.7 Блокада ЛНПГ, неуточнена

I45 Інші порушення провідности
- I45.0 Блокада ПНПГ
- I45.1 Інші та неуточнена блокада ПНПГ
- I45.2 Біфасцикулярна блокада
- I45.3 Трифасцикулярна блокада
- I45.4 Неуточнена інтравентрикулярна блокада
- I45.5 Інша уточнена блокада серця
- I45.6 Синдром передчасного збудження шлуночків
- I45.8 Інші уточнені порушення провідности
- I45.9 Порушення провідности, неуточнене

I46 Зупинка серця
- I46.0 Вдала реанімація після зупинки серця
- I46.1 РСС
- I46.9 Зупинка серця, неуточнена

I47 Пароксизмальна тахікардія
- I47.0 Re-entry ШТ
- I47.1 НШТ
- I47.2 ШТ
- I47.9 Пароксизмальна тахікардія, неуточнена

I48 ФП і ТП

I49 Інші порушення серцевого ритму
- I49.0 ФШ і ТШ
- I49.1 Передчасна передсердна деполяризація
- I49.2 Передчасна деполяризація, яка походить із АВ з'єднання
- I49.3 Передчасна деполяризація шлуночків
- I49.4 Інша неуточнена передчасна деполяризація
- I49.5 Синдром слабкости синусового вузла
- I49.8 Інші уточнені порушення серцевого ритму

I49.9 Серцева аритмія, неуточнена

2. Класифікація порушень ритму та провідности серця
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Порушення утворення імпульсу

– синусова тахікардія (понад 90 комплексів за 1 хв):
  • синусова брадикардія (менш ніж 60 комплексів за 1 хв);
  • синусова аритмія;
  • зупинка (відмова) синусового вузла;
– вислизаючі комплекси та ритми:
  • передсердні:
  • повільні;
  • прискорені;
  • з АВ-з'єднання:
  • повільні;
  • прискорені;
  • шлуночкові;
  • повільні;
  • прискорені;
– АВ-дисоціації;
– міграція надшлуночкового водія ритму.

Екстрасистолія:
– передсердна;
– передсердно-шлуночкова;
– ШЕС:
  • поодинокі (до 30 ектопічних комплексів за 1 год);
  • часта (30 ектопічних комплексів і більше за 1 год);
  • алоритмія (бі-, три-, квадригеменія);
  • поліморфні;
  • парні;
  • ранні (R на T);
– тахікардії:
  • реципрокні:
    - хронічні;
    - пароксизмальні;
  • вогнищеві (ектопічні):
    - хронічні;
    - пароксизмальні.

НШТ:
  • синопередсердні (синоатріальні);
  • передсердні (атріальні);
  • передсердно-шлуночкові;
  • вузлові;
  • звичайного типу;
  • незвичайного типу;

- з додатковими шляхами проведення;
- ортодромні;
- антидромні.

ШТ:

– нестійка (від трьох шлуночкових комплексів до 30 с):
- мономорфна;
- поліморфна;

– стійка (триває понад 30 с):
- мономорфна;
- поліморфна;

– постійно-оборотна:
- мономорфна;
- поліморфна;

– ФП і ТП:
- пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах семи діб)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- персистентна (епізод, що триває понад сім діб, коли для відновлення синусового ритму потрібне втручання)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- тривало-персистентна (епізод, що триває один рік і більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв);
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв);

– ФШ і ТШ.

Примітки: * – усі форми можуть бути такими, що вперше виникли; ** – вказується у разі клінічно значущого стану.

Порушення проведення імпульсу

– синоаврикулярні блокади.

АВ-блокади:

– I ступеня

– II ступеня:
- I типу;
- II типу;

– III ступеня:
- внутрішньошлуночкові блокади.

Однопучкові блокади:
- блокада ПНПГ;
- блокада передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ:

- постійні;
- такі, що минають.

Двопучкові блокади:
- блокада ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та задньонижнього розгалуження ЛНПГ.

Трипучкові блокади.

Комбіновані порушення утворення і проведення імпульсу

– парасистолія:
- передсердна;
- з АВ-з'єднання;
- шлуночкова.

Хвороби, синдроми та феномени

– ідіопатійні форми аритмій;
– синдроми та ЕКГ-феномени передзбудження шлуночків:
- синдром WPW);
- синдром скороченого інтервалу P–R (LGL);

– синдром ранньої реполяризації шлуночків;
– синдром подовженого інтервалу Q–T:
- вроджений;
- набутий;

– синдром слабкости синусового вузла;
– синдром MAS;
– аритмогенна дисплазія ПШ;
– синдром П. і Й. Бругада;
– синдром Л. Фредеріка;
– раптова серцева смерть (аритмійна) з відновленням серцевої діяльности:
- ФШ;
- асистолія;
- електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);

– раптова серцева смерть (неповоротна):
- ФШ;
- асистолія;
- електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);

– зупинка серця:
- смерть, що настала більш ніж через 1 год після появи чи посилення симптомів хвороби;
- з відновленням серцевої діяльности.

– зупинка серця (неповоротна).

Аритмії у разі нормальної або порушеної функції кардіостимуляторів різного типу

У діагнозі треба вказати кардіохірургічні втручання і пристрої, що їх застосовували для лікування аритмій і порушень провідности серця (зі зазначенням методу і дати втручання) – катетерні (радіочастотні та ін.)

деструкції, імплантації водіїв ритму та кардіовертерів – дефібриляторів, проведення кардіоверсії чи дефібриляції (вказується дата останньої) тощо.

3. Класифікація загальних причин аритмій

1. ССХ (вроджені та набуті).
2. Порушення регуляції ССС внаслідок екстракардіального патологічного процесу (зміна нервово-рефлекторної, гуморальної, ендокринної регуляції, порушення електролітного обміну, кислотно-основного стану):
   - унаслідок ураження травної системи (жовчнокам'яна хвороба, діафрагмальна кила тощо);
   - унаслідок ураження центральної нервової системи;
   - унаслідок ендокринних хвороб.
3. Фізичні та хімічні впливи, які порушують регуляцію серцевої діяльности:
   - підвищена чутливість до кофеїну, нікотину, алкоголю тощо;
   - гіпоксія;
   - гіпо- і гіпертермія;
   - травми;
   - вібрація;
   - вплив лікарських засобів;
   - йонізуюча радіація.
4. «Ідіопатійні» порушення ритму без з'ясованої конкретної причини аритмії.

4. Причини брадикардії
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Внутрішньосерцеві причини	Ідіопатійна дегенерація ІХС Інфільтративні хвороби (саркоїдоз, амілоїдоз) СХСТ М'язова дистрофія Хронічна травма Вроджені хвороби, ураження синусового та АВ-вузла Інфекційні хвороби (дифтерія, сепсис, черевний тиф)
Зовнішні причини	Фізична тренованість Підвищений вагусний тонус, гіперчутливість каротидного синуса Лікарські засоби з негативним хронотропним ефектом Електролітний дисбаланс (гіпокаліємія) Метаболічний дисбаланс (гіпотироз, гіпотермія) Неврологічні порушення Синдром обструктивного апное

5. Клінічні типи фібриляції передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	Опис
Уперше діагностована ФП	ФП, що її не діагностовано раніше, незалежно від тривалости аритмії чи тяжкости спричинених нею симптомів
Пароксизмальна ФП	ФП, що самостійно припиняється переважно до 48 год. Деякі пароксизми можуть тривати до семи діб, а епізоди ФП знімаються кардіоверсією
Персистивна ФП	ФП, що триває понад сім днів, включаючи епізоди, що знімаються після кардіоверсії або медикаментозно через сім діб чи більше
Тривало-персистивна ФП	Тривалий епізод ФП понад рік, за умови вибору стратегії контролю ритму
Постійна ФП	ФП, коли хворий і лікар разом прийняли рішення не намагатися відновлювати синусовий ритм. Відповідно, проводити інтервенційні втручання, спрямовані на контроль ритму, не потрібно. Однак якщо рішення приймається на користь стратегії контролю ритму, то аритмію слід класифікувати як тривало персистивну ФП

6. Клінічна класифікація фібриляції передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	Клінічні ознаки	Можливі патофізіологічні механізми
1	2	3
Вторинна ФП у хворих зі структурними хворобами серця	ФП у хворих із систолічною або діастолічною дисфункцією ЛШ, тривалою АГ з ГЛШ і/або іншими структурними хворобами серця	Підвищений тиск у передсердях і їх структурне ремоделювання, а також активація симпатоадреналової і ренін-ангіотензинової систем
Фокусна ФП	Хворі з повторними передсердними пароксизмами, короткими епізодами пароксизмальної ФП. Часто хворі	Локалізовані тригери, які здебільшого виникають у легеневих венах, ініціюють ФП

1	2	3
	молодого віку з клінічними симптомами ФП	
Полігенна ФП	ФП у хворих із носіями загальних варіантів генів, спричинених ранньою появою ФП	Нині вивчаються
Післяопераційна ФП	Виникнення ФП після великої операції (переважно на серці) у хворих із синусовим ритмом до операції і без анамнезу ФП	Гострі чинники: запалення, оксидативний стрес у передсердях, високий симпатичний тонус, диселектролітемія і перевантаження об'ємом крови
ФП у хворих із МС або протезами клапанів серця	ФП у хворих із МС після операції на МК та на інших клапанах серця	Високий тиск у ЛП (стеноз) і перевантаження об'ємом крови (регургітація)
ФП у спортсменів	Зазвичай пароксизм є наслідком тривалого й інтенсивного тренування	Підвищений вагусний тонус і збільшений об'єм передсердь
Моногенна ФП	ФП у хворих зі спадковими КМП та каналопатіями	Аритмогенні механізми, що призводять до раптової смерти

7. Класифікація фібриляції передсердь за модифікованою шкалою European Heart Rhythm Associaton – EHRA (Європейська асоціація серцевого ритму)

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Модифікований клас за шкалою EHRA (Європейська асоціація серцевого ритму)	**Симптоми**	**Характеристика**
1	2	3
1	Немає	ФП не провокує появу будь-яких симптомів
2a	Легкі	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП
2b	Помірні	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП, однак хворих турбує можливість їх появи

1	2	3
3	Виражені	Звичайна повсякденна активність призводить до появи симптомів ФП
4	Інвалідизуючі	Звичайна повсякденна активність неможлива

8. Класифікація тріпотіння передсердь
(M. Scheinman, 1999)

Варіанти тріпотіння передсердь	Електрокардіографічні ознаки	Частота серцевих скорочень	Субстрат тріпотіння передсердь
Типове ТП: • проти годинникової стрілки • за годинниковою стрілкою	-II; III; aVF; + V1, +II; III; aVF; - V1	240–340 240–340	Істмус-залежність Істмус-залежність
Атипове ТП: • двохвильове re-entry • re-entry нижньої петлі • численні цикли	-II; III; aVF; + V1, +II; III; aVF; - V1 Варіабельно	350–390 200–260	Істмус-залежність Істмус-залежність Численні re-entry
Лівопередсердне ТП	Варіабельно		Німа зона ЛП і ЛВ. Мембранозна частина МПП. Гирло вінцевого синуса

9. Шкала оцінки ризику тромбоемболійних ускладнень у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь (CHA_2DS_2-VASc)*
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)
(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь (Наказ МОЗ України № 597 від 16.06.2016 р.))

Критерії	Бали
1	2
Інсульт, ТІА або артеріальна тромбоемболія в анамнезі	2
Вік 75 років і більше	2
АГ	1
ЦД	1
Застійна ХСН / дисфункція ЛШ (ФВ <40,0 %)	1

1	2
Судинна хвороба (ІМ в анамнезі, периферійний атеросклероз, атеросклерозні бляшки в аорті)	1
Вік 65–74 роки	1
Жіноча стать	1

Примітки: * – шкала CHA_2DS_2-VASc – простий клінічний інструмент у прогнозуванні ішемічного інсульту й системного тромбоемболізму у хворих із ФП/ТП, вказує на доцільність застосування непрямих антикоагулянтів/антиромбоцитарного лікування (≥2 бали за шкалою – рекомендовано непрямі антикоагулянти, <2 балів – застосовують антитромбоцитарні лікарські засоби, 0 балів – непрямі антикоагулянти/антитромбоцитарні засоби не застосовуються). Congestive heart failure (хронічна серцева недостатність) – 1 бал; Hypertension (гіпертонія) – 1 бал; Age (вік >75 років) – 2 бали; Diabetes mellitus (ЦД) – 1 бал; Stroke (інсульт/ТІА/артеріальна тромбоемболія в анамнезі) – 2 бали; Vascular disease (хвороби судин: ІМ в анамнезі, атеросклероз аорти) – 1 бал; Age (вік 65–74 роки) – 1 бал; sex category (стать жіноча) – 1 бал. Шкала є вдосконаленим варіантом шкали CHA_2DS_2 завдяки додаванню загальновідомих ЧР інсульту.

Ризик тромбоемболійних ускладнень за сумою балів за шкалою CHA_2DS_2-VASc

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

0 балів	0 % за рік
1 бал	1,3 % за рік
2 бали	2,2 % за рік
3 бали	3,2 % за рік
4 бали	4,0 % за рік
5 балів	6,7 % за рік
6 балів	9,8 % за рік
7 балів	9,6 % за рік
8 балів	6,7 % за рік
9 балів	15,2 % за рік

10. Шкала HAS-BLED для оцінювання ризику кровотечі у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь (Наказ МОЗ України від 16.06.2016 р. № 597))

АГ (САТ) >160 мм рт. ст.) – 1 бал.

Порушення функції нирок (постійний гемодіаліз, трансплантація нирки, або креатинін >200,0 мкмоль/л) – 1 бал.

Порушення функції печінки: хронічні хвороби печінки (наприклад, цироз печінки) або біохімічні ознаки значного ураження печінки (показник білірубіну вдвічі вищий за верхню межу норми в поєднанні з підвищенням активности АсТ, АлТ і ЛФ втричі щодо верхньої межі норми) – 1 бал.

Інсульт (підтверджений інсульт у анамнезі) – 1 бал.

Кровотеча (кровотеча в анамнезі, геморагічний діатез або анемія) – 1 бал.

Нестійке МНВ: нестабільне або високе МНВ чи відхилення від референтних показників більш ніж 40,0 % часу – 1 бал.

Похилий вік (65 років і більше) – 1 бал.

Лікарські засоби (застосування лікарських засобів, що підвищують ризик кровотеч, таких як антикоагулянти, НПЛЗ) – 1 бал.

Алкоголь (більш ніж 8 склянок алкогольних напоїв за тиждень) – 1 бал.

Ризик кровотечі вважається високим, якщо за шкалою HAS – BLED є три бали і більше.

Примітки: HAS – BLED – акронім від Hypertension (гіпертонія) – 1 бал; Abnormal renal-liver function (порушення печінково-ниркової функції) – 1бал; Stroke (інсульт) – 1 бал; Bleeding history or predisposition (кровотеча в анамнезі) – 1 бал; Labil international normalized ratio (нестабільний міжнародний нормалізаційний індекс) – 1 бал; Eldery (вік понад 65 років) – 1 бал; Druds or alcohol concomitantly (вживання ліків чи алкоголю) – 1 бал.

.

11. Клінічна систематизація шлуночкових порушень ритму

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Критерії систематизації	Систематизація
1	2
I. Кількість, морфологія і градація ШЕ (за B. Lown і M. Wolf, 1971)	0 – відсутність ШЕ 1 – рідкісні, мономорфні (≤30/год.) 2 – часті, монотопні (>30/год.) 3 – поліморфні 4а – парні ШЕ 4б – «пробіжки» ШТ із 3 комплексів і більше 5 – ранні («R на T») ШЕ
II. Тривалість пароксизму ШТ	• «Пробіжка» ШТ – 3–5 послідовних шлуночкових комплексів • Нестійка ШТ – шість і більше послідовних шлуночкових скорочень тривалістю до 30,0 с і ЧШС >100 уд./хв (тривалість циклу <600,0 мс), що минає самостійно • Стійка ШТ – тривалість >30,0 с і/або така ШТ, що потребує корекції через порушення гемодинаміки
III. Характер змін на ЕКГ під час пароксизму ШТ	• Мономорфна ШТ – з однорідною ЕКГ-морфологією комплексу • Поліморфна ШТ – з нестабільною або поліморфною ЕКГ-морфологією комплексу QRS, тривалість циклу до 600–180 мс

1	2
	• Тахікардія re-entry з блокадою ніжки пучка В. Гіса – ШТ за механізмом re-entry зі залученням системи В. Гіса – Я. Е. Пуркіньє, зазвичай із морфологією блокади ЛНПГ (переважно наявна у хворих із КМП) • Пірует-тахікардія – ШТ, асоційована з подовженим інтервалом Q-T або коригованим інтервалом Q-T, що на ЕКГ характеризується «обертанням» верхівки комплексів QRS навколо ізоелектричної лінії у хворих із аритмією • Двоспрямована ШТ – ШТ з відхиленням під час скорочення осі комплексу QRS у фронтальній площині, часто асоційована з глікозидною інтоксикацією
IV. Прогностичне значення шлуночкових аритмій (J. T. Bigger, 1993)	• Доброякісні (безпечні)* • Потенційно злоякісні** • Злоякісні***

Примітки: * – будь-які ШЕ (рідкісні, часті, політропні, парні), а також короткочасні епізоди ШТ за відсутности кардіальних уражень, що не викликають порушення гемодинаміки. Прогноз у хворих такий самий, як і у здорових людей; ** – часті, політропні, парні ШЕ, короткі епізоди ШТ у хворих із органічними ураженнями серця (наприклад, ІХС, КМП, вади серця), що не призводять до виражених змін гемодинаміки. Маркером більшої ймовірности виникнення життєво небезпечних аритмій у хворих є систолічна дисфункція ЛШ; *** – епізоди ШТ, що призводять до порушення гемодинаміки або ФШ. Ці аритмії зазвичай спостерігаються у хворих із вираженим структурним ураженням серця (ІХС, застійна СН, КМП, вади серця) або порушенням скоротливости ЛШ. Досить часто у них спостерігаються також нестійкі та стійкі пароксизми ШТ.

12. Класифікація шлуночкових екстрасистол

(R. J. Myerburg et al., 2001)

а) за частотою:

1 – рідкісні (<1/год);
2 – нечасті (1–9/год);
3 – помірно часті (10–30/год);
4 – часті (31–60/год);
5 – дуже часті (>60/год);

б) за кількістю ектопічних вогнищ і формою:

A – поодинокі, мономорфні;
B – поодинокі, поліморфні;
C – парні, залпові (2–5 екстрасистол поспіль);
D – нестійка ШТ (>6 екстрасистол, але <30 с);
E – стійка ШТ (>30 с).

13. Типи фібриляції шлуночків

- **Первинна ФШ** – спостерігається в перші 24–48 год ІМ (до появи лівошлуночкової недостатности та інших ускладнень) і відображає електричну нестабільність міокарда, що зумовлено гострою ішемією. Первинна ФШ вважається однією з основних причин смерти упродовж першої доби ІМ. Більшість епізодів первинної ФШ виникає упродовж 4 год після оклюзії вінцевої артерії, і ризик її появи суттєво зменшується з часом.
- **Вторинна ФШ** – виникає за наявности тяжких органічних уражень міокарда або кардіогенного шоку, гострої лівошлуночкової недостатности та вказує на поганий прогноз (смертність сягає 60,0–80,0 %).
- **Пізня ФШ** – реєструється через 48 год від початку хвороби, зазвичай на другому–шостому тижні хвороби, часто у хворих із ІМ передньої стінки ЛШ. Смертність становить 40,0–60,0 %.

14. Варіанти асистолії

- **Первинна асистолія** – ішемія або дегенерація синусового або АВ-вузла, передують брадикардії.
- **Рефлекторна асистолія** – стимуляція n. vagus у хворих, яким проводять операції на очах, у щелепно-лицевій хірургії, під час травмування очей тощо.
- **Вторинна асистолія** – екстракардіальні причини (тяжка тканинна гіпоксія).

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; ХСН**: ІІА стадія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз*** (ІМ зі зубцем Q передньоперегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ); ГХ****: ІІ стадія, 1-й ступінь; ШТ (23.08.2018 р.); ХСН: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ (2004 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ШТ: нестійка, поліморфна, 23.08.2018 р.; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ (2004 р.))); ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ШТ: нестійка, поліморфна, 23.08.2018 р.; ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородкововерхівково-бічної стінки ЛШ (2004 р.))); ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ШТ: нестійка, поліморфна, 23.08.2018 р.; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 7; **** – див. додаток 9.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; екстрасистолія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: дифузний кардіосклероз*; екстрасистолія**: шлуночкова, тригемінія; ХСН***: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; екстрасистолія: шлуночкова, тригемінія; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 09.09.2017 р.); екстрасистолія: шлуночкова, тригемінія, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК ІІ за NYHA (08.09.2017 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.1 ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія (09.09.2017 р.); екстрасистолія: шлуночкова, тригемінія, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК ІІ за NYHA (08.09.2017 р.), ФК І за NYHA (08.09.2017 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 3; *** – див. додаток 1.

C.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Тахікардія* (надшлуночкова, пароксизмальна); ХСН**: 0».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Синдром WPW; тахікардія: надшлуночкова, пароксизмальна; ХСН: 0».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Синдром WPW; тахікардія: надшлуночкова, пароксизмальна; ХСН: 0».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Синдром WPW; тахікардія: надшлуночкова, пароксизмальна, реципрокна, ортодромна; ХСН: 0».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I45.6 Синдром WPW; тахікардія: надшлуночкова, пароксизмальна, реципрокна, ортодромна; ХСН: 0».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1.

D.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: післяінфарктний кардіосклероз*; ГХ**».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (2009 р., 2014 р.)) кардіосклероз; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ*** (повна, постійна); ХСН****: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (2009 р., 2014 р.)) кардіосклероз; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, ризик ІІІ; блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ (повна, постійна); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (2009 р., 2014 р.)) кардіосклероз; ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (30.01.2020 р.), 1-й ступінь (01.02.2020 р.); ризик ІІІ); блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ (повна, постійна); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (30.01.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (07.02.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I25.2 ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (2009 р., 2014 р.)) кардіосклероз; ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (30.01.2020 р.), 1-й ступінь (01.02.2020 р.); ризик ІІІ); блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ (повна, постійна); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (30.01.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (07.02.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 5; **** – див. додаток 1.

E.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ШТ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Синдром подовженого інтервалу QT; пароксизмальна ШТ* (24.09.2020 р.); ХСН: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Синдром подовженого інтервалу QT (синдром К. Романо – О. К. Ворда): вроджений; ШТ: пароксизмальна, поліморфна, 24.09.2020 р.; ХСН**: І стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Синдром подовженого інтервалу QT (синдром К. Романо – О. К. Ворда): вроджений; ШТ: пароксизмальна, поліморфна, 24.09.2020 р.); ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК І за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I45.5 Синдром подовженого інтервалу QT (синдром К. Романо – О. К. Ворда): вроджений; ШТ: пароксизмальна, поліморфна, 24.09.2020 р.; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК І за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1.

F.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: дифузний кардіосклероз*; ФП**: тахісистолічний варіант; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант (09.07.2020 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.1 ІХС: дифузний кардіосклероз; ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (09.07.2020 р.), нормосистолічний варіант (13.07.2020 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (09.07.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (16.07.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1.

G.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз*; ФП**: тахісистолічний варіант; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (21.09.2019 р.)) кардіосклероз; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ), гіпертензивна ретинопатія), 2-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: персистентна форма, тахісистолічний варіант (14.12.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (21.09.2019 р.)) кардіосклероз; ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ), гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (14.12.2019 р.), 1-й ступінь (16.12.2019 р.); ризик ІІІ); ФП: персистентна форма, тахісистолічний варіант (14.12.2019 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 5 балів, HAS – BLED 2 бали; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.2 ІХС: післяінфарктний (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (21.09.2019 р.)) кардіосклероз; ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце

(ГЛШ), гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (14.12.2019 р.), 1-й ступінь (16.12.2019 р.); ризик III); ФП (персистентна форма; тахісистолічний варіант (14.12.2019 р.), нормосистолічний варіант (17.12.2019 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 2 бали); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA (14.12.2019 р.), ФК II за NYHA (20.12.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1.

H.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС*; екстрасистолія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; екстрасистолія**: шлуночкова, поліморфна; ХСН***: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ІХС: ГКС без елевації сегмента ST; екстрасистолія: шлуночкова, поліморфна; ХСН: IIA стадія; ФК II за NYHA».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Кардіоміопатія: метаболічна (зоб: вузловий, дифузний, медикаментозний евтироз); екстрасистолія: шлуночкова, поліморфна, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 68,0 %); ФК III за NYHA».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «E05.9 Кардіоміопатія: метаболічна (зоб: вузловий, дифузний, медикаментозний евтироз); екстрасистолія: шлуночкова, поліморфна, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 68,0 %); ФК III за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 3; *** – див. додаток 1.

I.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Міокардит».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Міокардит; синусова тахікардія*; АВ блокада* (I ступеня); блокада передньої гілки ЛНПГ*; ХСН**: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Міокардит***: гострий; синусова тахікардія; АВ блокада (I ступеня); блокада передньої гілки ЛНПГ; ХСН: I стадія; ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Міокардит: гострий, дифузний, тяжкий перебіг; синусова тахікардія; АВ блокада (I ступеня); блокада передньої гілки ЛНПГ; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«J11.8 Міокардит: гострий, вірусний (післягрипозний), дифузний, тяжкий перебіг; синусова тахікардія; АВ блокада (I ступеня); блокада передньої гілки ЛНПГ; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (16.06.2020 р.), ФК I за NYHA (22.06.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 1; *** – класифікація міокардитів (див. додаток 13).

1. Класифікація міокардиту

(XVI Національний конгрес кардіологів України, 2015)

- **Варіанти перебігу:**
  - гострий (до трьох місяців від початку хвороби);
  - підгострий (три–шість місяців від початку хвороби);
  - хронічний* (понад шість місяців від початку хвороби);
  - міокардіофіброз** – I51.4.
- **Етіологія:**
  - зі з'ясованою етіологією (інфекційний, бактерійний, вірусний, паразитарний);
  - неуточнений.
- **Поширеність:**
  - ізольований;
  - дифузний.
- **Характер перебігу*****:
  - легкий;
  - середньої тяжкости;
  - тяжкий.
- **Ускладнення:**
  - міоперикардит******;
  - періміокардит*******.
  - порушення серцевого ритму та провідности, тромбоемболії тощо.
- **ХСН:** 0–III стадії; ФК I–IV.

Примітки: * – **хронічний міокардит** зі систолічною дисфункцією ЛШ відповідає терміну «запальна кардіоміопатія», згідно з думкою експертів робочої групи Європейського товариства кардіологів; ** – **міокардіофіброз** – заміщення здорових м'язових клітин такими, що не можуть скорочуватися і погано проводять імпульс; *** – **легкий перебіг** може бути безсимптомним. Ураження серця виявляється за допомогою ЕКГ, біохімічного чи рентгенологічного дослідження під час або впродовж двох тижнів після перенесеної інфекції (до 20,0 % випадків міокардиту, що діагностується), **середньої тяжкости** – реєструються збільшення розмірів серця, інколи порушення скоротливости міокарда, однак проявів СН ще немає, **тяжкий перебіг** – характерна кардіомегалія з ознаками СН (задишка, тахікардія або серцебиття, гіпотонія, ритм галопу, ціаноз, набряк ніг, набухання шийних вен). Може виявлятися симптомами кардіогенного шоку або тяжкими порушеннями ритму та провідности; **** – термін **«міоперикардит»** означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення показників тропоніну Т або І, МВ-креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ згідно з результатами ЕхоКГ або МРТ; ***** – термін «**періміокардит»** означає первинне ураження міокарда. Може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними показниками маркерів ушкодження міокарда й ознаками нового вогнищевого або дифузного ослаблення скоротливої функції ЛШ за результатами ЕхоКГ або МРТ.

2. Морфологічна класифікація міокардитів
(Далласька класифікація, 1984)

І. Первинна біопсія:
- а) міокардит із фіброзом або без нього;
- б) межовий міокардит (можлива повторна біопсія);
- в) міокардиту немає.

ІІ. Повторна біопсія:
- а) міокардит, що триває, із фіброзом або без нього;
- б) міокардит, що завершується, з фіброзом або без нього;
- в) завершений міокардит із фіброзом або без нього.

3. Варіанти міокардитів
(E. B. Lieberman, 1991)

- **Блискавичний (фульмінантний) міокардит.** Характерне надзвичайно швидке наростання симптомів СН, гарячка (>38,0 ^{0}С). Застосування ізотропних середників дає змогу у віддаленому періоді (понад 10 років) вижити більш ніж 93,0 % хворих. Під час ЕхоКГ спостерігається виразне потовщення міокарда, спричинене набряком.
- **Гострий міокардит.** Швидко виникає дилятація ЛШ, попри позитивну відповідь на імуносупресивне лікування. Можливе наростання тяжкости хвороби з наступним переходом у ДКМП.
- **Хронічний активний міокардит.** Початок хвороби нечіткий. Спостерігаються помірне зниження скоротливости міокарда, часті рецидиви хвороби, незважаючи на позитивну відповідь на лікування імуносупресивними середниками. Хвороба характеризується утворенням вираже-

ного фіброзу в міокарді. Хронічний міокардит переважно трансформується у ДКМП.

- **Хронічний персистентний міокардит.** Характерні тривалий больовий синдром, формування вогнищ запалення у міокарді, немає значної дилятації порожнин серця, фіксується збереження скоротливости міокарда. Прогноз сприятливий.
- **Гігантоклітинний міокардит.** Спостерігається наростання рефрактерної СН, порушення ритму та провідности. Прогноз надзвичайно несприятливий: середня тривалість життя 5,5 місяця. Найефективніший метод лікування – трансплантація серця.
- **Еозинофільний міокардит.** Виразні клінічні симптоми, формування тромбів у порожнині серця та емболічний синдром. Фінал хвороби – ендоміокардіальний фіброз, який призводить до тяжкої СН.

J.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС * із елевацією сегмента ST; ГХ**: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь; екстрасистолія*** (шлуночкова); блокада ПНПГ ***(повна); ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: гострий (13.03.2020 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, нижньобічної ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, ризик ІІІ; екстрасистолія: шлуночкова, клас 4а за B. Lown і M. Wolf; блокада ПНПГ (повна); ГСН: клас ІІ за T. Killip (13.03.2020 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (13.03.2020 р.) ІМ із елевацією сегмента ST, нижньобічної ділянки ЛШ, стентування ПВА (1 покритий стент, 13.03.2020 р.); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (13.03.2020 р.), 1-й ступінь (14.03.2020 р.); ризик ІІІ); екстрасистолія: шлуночкова, клас 4а за B. Lown і M. Wolf; блокада ПНПГ (повна); ГСН: клас ІІ за T. Killip (13.03.2020 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (13.03.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (20.03.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.1 ІХС: гострий (13.03.2020 р.) ІМ із елевацією сегмента ST, нижньобічної ділянки ЛШ, стентування ПВА (1 покритий стент, 13.03.2020 р.)); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й

ступінь (13.03.2020 р.), 1-й ступінь (14.03.2020 р.); ризик III); екстрасистолія: шлуночкова, клас 4а за B. Lown і M. Wolf; блокада ПНПГ (повна); ГСН: клас II за T. Killip (13.03.2020 р.); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (13.03.2020 р.), ФК II за NYHA (20.03.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 5; **** – див. додаток 1.

10. I50 Гостра серцева недостатність

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I50 СН
- I50.0 СН застійного характеру
- I50.1 Недостатність ЛШ
- I50.9 СН, неуточнена

2. Етіологічні чинники гострої серцевої недостатности

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2017)

- ГКС.
- Тахіаритмії (ФП, ШТ) і брадіаритмії.
- Різке підвищення АТ.
- Інфекції (наприклад, пневмонія, ІЕ, сепсис).
- Зловживання алкоголем і наркотиками.
- Вживання деяких лікарських засобів (НПЛЗ, глюкокортикостероїди, ізотропні та кардіотоксичні засоби).
- Загострення ХОХЛ.
- ТЕЛА.
- Оперативні втручання та їх ускладнення.
- Підвищення тонусу симпатичної нервової системи, стресіндукована КМП.
- Метаболічні та гормональні порушення (наприклад, дисфункція щитоподібної залози, діабетний кетоацидоз, дисфункція надниркових залоз, вагітність і перипартальні (післяпологові) ускладнення).
- Цереброваскулярний інсульт.
- Механічні причини: ускладнення ІМ (наприклад, розрив МШП, мітральна регургітація), травми грудей, недостатність клапана за наявности ендокардиту (первинного чи вторинного), дисекція чи тромбоз аорти.

3. Класифікація і гемодинамічні ознаки різних варіантів гострої серцевої недостатности

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2005/Асоціація кардіологів України, 2012)

Клінічний стан	ЧСС	САТ, мм рт. ст.	Серцевий індекс (CI), л/хв/м^2	ТЗЛА, мм рт. ст.	Т. Killip/ J. S. Forester	Діурез	Гіпо-пер-фузія**
I. Гостра де-компенсована СН	Можлива тахікардія	Норма/під-вищений	Норма/під-вищений	Ледь підвище-ний	II/II	Достатній	+/-
II. ГСН із АГ (гіпертензивні кризи)	Зазвичай підвищена. Можлива тахікардія	Високий	Помірно низький	>18,0	II-IV/II-III	Достатній або підвище-ний	+/-
III. ГСН із набряком легень	Тахікардія	Норма	Низький	Підвище-ний	III/II	Достатній	+/-
IVa. Малий СВ* чи кардіо-генний шок	Тахікардія	Норма	<2,2	>16,0	III-IV/I-III	Знижений	+
IVb. Тяжкий кардіогенний шок	>90 уд./хв	<90,0	<1,8	>18,0	IV/IV	Значно знижений	++
V. ГСН із великим СВ	Тахікардія	Зазвичай підвищений	Високий	Зазвичай знижений	II/I-II	Достатній	-
VI. Правошлу-ночкова СН	Зазвичай низька. Можлива бради-кардія	Низький	Низький	Низький	-/I	Достатній або знижений	+/-

Примітки: * – відмінність синдрому малого СВ від кардіогенного шоку суб'єктивна, під час оцінювання цих пунктів у конкретного хворого вони можуть частково збігатися; **+/- – помірна гіпоперфузія, + – значна гіпоперфузія, ++ – різко виражена гіпоперфузія, - – гіпоперфузія не характерна.

I. **Гостра декомпенсована СН** – слабко виражені симптоми ГСН, що не відповідають критеріям кардіогенного шоку, набряку легень і гіпертензивній ГСН.

II. **Гіпертензивна гостра СН** – симптоми ГСН у хворих із відносно збереженою функцією ЛШ в поєднанні з високим АТ.

III. **Набряк легень** (підтверджений рентгенографічно) – тяжкий респіраторний дистрес-синдром із вологими хрипами в легенях, ортопное і зазвичай насичення артеріальної крови киснем <90,0 % під час дихання кімнатним повітрям до початку лікування.

IV. **Кардіогенний шок** – клінічний синдром, що характеризується гіпоперфузією тканин. Зазвичай спостерігається артеріальна гіпотензія (САТ <90 мм рт. ст. чи зниження середнього АТ >30 мм рт. ст.) і/чи зниження швидкости

діурезу <0,5 мл/кг•год. Симптоми можуть бути зумовлені наявністю тахі-/брадіаритмії, а також вираженою порушеною скоротливою функцією ЛШ (істинний кардіогенний шок). В останньому випадку ЧСС >60 уд./хв і немає тяжких тахіаритмій. Наявність застою у тканинах можлива, але не обов'язкова. Синдром малого СВ і кардіогенний шок – різні стадії одного процесу.

V. **СН із великим СВ** – симптоми ГСН у хворих із великим СВ, переважно у поєднанні з тахікардією, теплими шкірними покривами і кінцівками, застоєм у легенях та інколи низьким АТ (септичний шок).

VI. **Недостатність ПШ** – синдром малого СВ у поєднанні з підвищеним тиском у яремних венах, збільшенням печінки та артеріальною гіпотонією.

4. Класифікація гострої серцевої недостатности у хворих на інфаркт міокарда

(J. Kimball, 1967, доповнена T. Killip, M. Volk, S. Scheid, 1972)

Клас I – немає ознак ГСН, III додаткового тону та хрипів у легенях.

Клас II – ГСН (вологі хрипи вислуховуються на менш ніж над 50,0 % площі легень, III тон над верхівкою серця, ознаки венозної гіпертензії у легенях).

Клас III – тяжка ГСН (явний набряк легень, вологі хрипи поширені майже над усією або над усією площею легень, протодіастолічний ритм галопу).

Клас IV – кардіогенний шок (САТ <12 кПа (90 мм рт. ст.) з ознаками недостатности периферійної перфузії (зниження температури тіла, холодні, вологі кінцівки олігурія, ціаноз).

5. Клінічні профілі хворих із гострою серцевою недостатністю

(залежно від наявности/відсутности застійних явищ і/або гіпоперфузії)
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2017)

Клас I – немає ознак периферійної гіпоперфузії і застою в легенях («теплі й сухі»).

Клас II – немає ознак периферійної гіпоперфузії із застоєм у легенях («теплі й вологі»).

Клас III – ознаки периферійної гіпоперфузії без застою у легенях («холодні й сухі»).

Клас IV – ознаки периферійної гіпоперфузії із застоєм у легенях («холодні й вологі»).

6. Набряк легень

(цит. за В. Ю. Шаніним, 2006)

- **Кардіогенний** (спричинений ураженням передсердь і шлуночків: ІМ, МС, міокардит, ГХ тощо).
- **Некардіогенний** (ятрогенний, алергійний, унаслідок хвороб легень, голодування тощо).

7. Класифікація набряку легень за ступенями тяжкости
(О. Й. Грицюк, В. З. Нетяженко, 1984)

1-й ступінь (переднабряковий) – спостерігається диспное, можливий бронхоспазм.

2-й ступінь (середній) – з'являються помірні хрипи, чутні на невеликій віддалі, ортопное.

3-й ступінь (тяжкий) – характеризується вираженим ортопное, клекотливими, чутними на віддалі хрипами.

4-й ступінь (класичний набряк легень) – тяжке ортопное, сильна слабість і рясна пітливість, хрипи, чутні на значній віддалі.

8. Класифікація кардіогенного шоку
(Є. І. Чазов, 1969)

I. Істинний кардіогенний шок: загибель 40,0 % і більше ММЛШ.

II. Рефлекторний шок – виражений больовий синдром, інтенсивність якого досить часто не асоційована з обсягом ураження міокарда. Цей вид шоку може ускладнюватися порушенням судинного тонусу, що супроводжується формуванням дефіциту ОЦК.

III. Аритмійний шок: супроводжується порушенням ритму та провідности, що призводить до зниження АТ.

IV. Ареактивний шок: може розпочатися навіть за невеликого за обсягом ураження міокарда ЛШ. У його основі лежить порушення скоротливої здатности міокарда, спричиненої порушенням мікроциркуляції, газообміну, приєднанням ДВЗ-синдрому. Для цього виду шоку характерна повна відсутність відповідної реакції на введення пресорних амінів.

9. Класифікація кардіогенного шоку за ступенем тяжкости
(Ю. М. Поздняков, В. Б. Красницький, 2001)

Ознаки	I ступінь	II ступінь	III ступінь
АТ, мм рт. ст.	90/60–60/40	80/50–40/20	<50/10
Пульсовий тиск, мм рт. ст.	40–25	30–15	<15
Пульс за 1 хв	100–110	110–120	>120
Тривалість шоку, год	1–5	5–12	Більш як добу
Діурез, мл/год	>20	5–10	Анурія
Гостра СН	Немає	Набряк легень у 20,0 % випадків	Набряк легень у 75,0 % випадків
Реакція на медикаментозне лікування	Швидка, стійка	Сповільнена, нестійка	Практично немає

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС*».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ГХ **: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ з елевацією сегмента ST нижньої ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (08.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (08.09.2018 р.) Q-ІМ нижньої ділянки ЛШ, постінфарктна стенокардія (14.09.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (10.09.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (08.09.2018 р.), клас за Т. Killip ІІІ (09.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (08.09.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (19.09.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.1 ІХС: гострий (08.09.2018 р.) Q-ІМ нижньої ділянки ЛШ, постінфарктна стенокардія (14.09.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (10.09.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (08.09.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (09.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA (08.09.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (19.09.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; **– див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ: гіпертонічний криз».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, гіпертонічний криз; ХСН**: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце (гіпертрофія ЛШ)); 2-й ступінь; ризик ІІІ; гіпертензивний криз (28.04.2018 р.), ускладнений гострою

лівошлуночковою недостатністю (28.04.2018 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ: II стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (28.04.2018 р.),1-й ступінь (30.05.2018 р.); ризик III; гіпертензивний криз (28.04.2018 р.), ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю (28.04.2018 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК II за NYHA (28.04.2018 р.), ФК I за NYHA (02.05.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I11.0 ГХ: II стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (28.04.2018 р.),1-й ступінь (30.05.2018 р.); ризик III; гіпертензивний криз (28.04.2018 р.), ускладнений гострою лівошлуночковою недостатністю (28.04.2018 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК II за NYHA (28.04.2018 р.), ФК I за NYHA (02.05.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1.

11. I50 Хронічна серцева недостатність

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I50 СН
- I50.0 СН застійного характеру
- I50.1 Недостатність ЛШ
- I50.9 СН, неуточнена

2. Етіологія серцевої недостатности

(Асоціація кардіологів України, 2017)

Групи хвороб	Характер розладів	Хвороби
1	2	3
Ураження міокарда		
ІХС	Міокардіальний рубець	
	Станінг/гібернація міокарда	
	Ураження епікардіальних артерій	
	Порушення вінцевої мікроциркуляції	
	Ендотеліальна дисфункція	
Токсичні ураження	Зловживання стимулювальними та іншими засобами (алкоголь, кокаїн, амфетамін, анаболічні стероїди)	
	Важкі метали (мідь, залізо, свинець, кобальт)	
	Лікарські засоби (цитостатики (наприклад, антрациклініи), імуномодулятори (наприклад, інтерферони, моноклональні антитіла – трастузумаб, цетуксимаб), антидепресанти, антиаритмійні засоби, НПЛЗ, анестетики)	
	Радіаційне опромінювання	

1	2	3
Імуноопосередковані та запальні ураження	Асоційовані з інфекцією (бактерії, спірохети, грибки, найпростіші, паразити (хвороба К. Р. Дж. Шагаса), рикетсії, віруси (ВІЛ-інфекція))	
	Не асоційовані з інфекцією	Лімфоцитний/гігантоклітинний міокардит, автоімунні хвороби (хвороба Р. Дж. Грейвса, РА, СХСТ (особливо СЧВ), гіперчутливий та еозинофільний міокардит (синдром Дж. Чарґа – Л. Строса)
Інфільтративні ураження	Асоційовані зі злоякісними новоутвореннями	Безпосередня інфільтрація і метастази
	Не асоційовані зі злоякісними новоутвореннями	Амілоїдоз, саркоїдоз, гемохроматоз (залізо), хвороби нагромадження глікогену (наприклад, хвороба Дж. С. Помпе), хвороби лізосомального нагромадження (наприклад, хвороба Дж. Фабрі)
Метаболічні розлади	Гормональні	Хвороби щитоподібної залози, паращитоподібних залоз, акромегалія, дефіцит гормона росту, гіперкортизолемія, синдром Дж. В. Конна, хвороба Т. Адісона, ЦД, метаболічний синдром, феохромоцитома, недуги, асоційовані з вагітністю і перипартальним (післяпологовим) періодом
	Нутритивні	Дефіцит тіаміну, L-карнітину, селену, заліза, фосфатів, складні нутритивні розлади (наприклад, у разі злоякісних новоутворень, СНІДу, психогенної анорексії), ожиріння
Генетичні аномалії	Різні форми	ГКМП, ДКМП, некомпактність ЛШ, АКМП, РКМП, м’язові дистрофії і ламінопатії
Стани, асоційовані з гемодинамічним перевантаженням		
АГ		
Органічні ураження клапанів і міокарда	Набуті	Мітральні, аортальні, трикуспідальні та легеневі вади серця

1	2	3
	Вроджені	Передсердні та шлуночкові септальні дефекти тощо (докладніше див. відповідні рекомендації)
Хвороби перикарда й ендоміокарда	Ураження перикарда	Констриктивний перикардит
	Ураження ендоміокарда	Гіпереозинофільний синдром, ендоміокардійний фіброз, ендоміокардійний еластоз
Стани зі збільшеним викидом		Тяжка анемія, сепсис, тиротоксикоз, хвороба Дж. Педжета, артеріовенозна фістула, вагітність
Об’ємне перевантаження		Ниркова недостатність, ятрогенне перевантаження рідиною
Серцеві аритмії		
Тахіаритмії		Передсердні, шлуночкові аритмії
Брадіаритмії		Дисфункції синусового вузла, хвороби провідности

3. Класифікація хронічної серцевої недостатности
(М. Д. Стражеско, В. Х. Василенко, 1935)

І стадія (початкова, прихована): виявляється лише під час фізичного навантаження (задишка, тахікардія, втомлюваність); у спокої гемодинаміка, функції органів не порушені;

ІІ стадія (виражена, тривала): порушення гемодинаміки (застій у малому й великому колі кровообігу), порушення функції органів і обміну речовин виражені у спокої:

- період А (початок тривалої стадії) – порушення гемодинаміки виражене помірно; фіксується порушення функції серця або лише якогось із його відділів;
- період Б (кінець тривалої стадії) – глибокі порушення гемодинаміки, вражається уся ССС;

ІІІ стадія (кінцева, дистрофійна) – дистрофійна недостатність кровообігу; тяжке порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин і функцій органів, незворотні зміни структури тканин і органів.

4. Класифікація хронічної серцевої недостатности відповідно до фракції викиду лівого шлуночка
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

- **Із систолічною дисфункцією ЛШ:** ФВ ЛШ <40,0 %;
- **Із проміжними показниками ФВ ЛШ** 40,0–49,0 %;
- **Зі збереженою систолічною функцією ЛШ**: ФВ ЛШ ≥50,0 %.

5. Визначення основних варіантів серцевої недостатности
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Критерії	СН зі зменшеною ФВ ЛШ	СН із середньою ФВ ЛШ	СН зі збереженою ФВ ЛШ
1	Симптоми±ознаки*	Симптоми±ознаки*	Симптоми±ознаки*
2	ФВ <40,0 %	ФВ 40,0–49,0 %	ФВ ≥50,0 %
3	–	• Збільшений вміст BNP** >35,0 пг/мл і або NT-proBNP*** >125,0 пг/мл • Хоча б один додатковий критерій: структурна хвороба серця (ГЛШ і/або збільшення ЛП); діастолічна дисфункція	• Збільшений вміст BNP** >35,0 пг/мл і або NT-proBNP*** >125,0 пг/мл • Хоча б один додатковий критерій: структурна хвороба серця (ГЛШ і/або збільшення ЛП); діастолічна дисфункція

Примітки: * – об'єктивні та суб'єктивні симптоми (на ранній стадії і за умов вживання діуретиків симптомів може не бути); ** – Brain natriuretic peptide (мозковий натрійуретичний пептид); *** – N-terminal pro brain natriuretic peptide (N-термінальний попередник натрійуретичного пептиду).

6. Класифікація хронічної серцевої недостатности
(Асоціація кардіологів України, 2017)

Основні терміни:

1. Клінічна стадія СН.
2. Варіант СН.
3. ФК хворого.

1. Клінічні стадії: I, IIA, IIБ, III.

СН I – відповідає I стадії хронічної недостатности кровообігу за класифікацією М. Д. Стражеска – В. Х. Василенка;

СН IIA – відповідає IIA стадії хронічної недостатности кровообігу за класифікацією М. Д. Стражеска – В. Х. Василенка;

СН IIБ – відповідає IIБ стадії хронічної недостатности кровообігу за класифікацією М. Д. Стражеска – В. Х. Василенка;

СН III – відповідає III стадії хронічної недостатности кровообігу за класифікацією М. Д. Стражеска – В. Х. Василенка.

2. Варіанти:

– із послабленою систолічною функцією ЛШ або зі систолічною дисфункцією ЛШ (порушення гемодинаміки спричинене головним чином недостатністю систолічної функції ЛШ).

Основний критерій: ФВ ЛШ ≤40,0 %.

– зі збереженою систолічною функцією ЛШ (розлад гемодинаміки спричинений головним чином порушенням діастолічного наповнення або без розладу гемодинаміки).

Основний критерій: ФВ ЛШ >40,0 %. Також характерно: збільшений показник НУП; наявність одного і більше додаткового критерію: відповідна органічна хвороба серця (гіпертрофія ЛШ і/або збільшення ЛП); діастолічна дисфункція ЛШ.

3. ФК хворого.

Функціональні класи кардіологічних хворих
(Нью-Йоркська асоціація серця (New York Heart Association – NYHA), 1964)

ФК I – хворі, у яких виконання звичайних фізичних навантажень не провокує задишку, втому чи серцебиття;

ФК II – хворі з помірним обмеженням фізичної активности; задишка, втома, серцебиття спостерігаються під час виконання звичайних фізичних навантажень;

ФК III – хворі з вираженим обмеженням фізичної активности; у стані спокою скарг немає, але навіть під час незначних фізичних навантажень виникають задишка, втома, серцебиття;

ФК IV – хворі, у яких будь-яка фізична активність спричинює зазначені вище суб'єктивні симптоми; останні виникають і в стані спокою.

Примітки: Стадія ХСН відображає етап клінічної еволюції цього синдрому, тоді як ФК хворого є динамічною характеристикою, що може змінюватися під впливом лікування; ФК хворого визначається за клінічними критеріями і може в разі потреби бути об’єктивізований результатами інструментального дослідження.

7. Ехокардіографічна класифікація діастолічної функції серця
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

I стадія (порушення релаксації) – легка діастолічна дисфункція (початкова стадія виникнення патологічних змін);

II стадія (псевдонормального наповнення) – помірна діастолічна дисфункція;

III стадія (рестриктивна) – тяжка діастолічна дисфункція (термінальна стадія формування діастолічної дисфункції).

8. Таблиця орієнтованої відповідности клінічних стадій серцевої недостатности функціональним класам хворих
(Асоціація кардіологів України, 2017)

Стадія СН	ФК хворого
I стадія	ФК II (або ФК I у результаті оптимального лікування)
IIA стадія	ФК III (або ФК II у деяких випадках – I ФК в результаті оптимального лікування)
IIБ стадія	ФК IV (або ФК II–III у результаті оптимального лікування)
III стадія	ФК IV (у деяких випадках ФК III в результаті оптимального лікування)

9. Об'єктивні (інструментальні) критерії функціональних класів хворих
(Наказ МОЗ України від 14.02.2002 № 54)

ФК	Максимальне споживання кисню за результатами спіроергометрії, мл/хв/кг	Порогова потужність фізичного навантаження за результатами ВЕМ, Вт
ФК I	Чоловіки (Ч) – 21,6–30,0 Жінки (Ж) – 18,6–26,0	Ч – 101,0–150,0 Ж – 86,0–125,0
ФК II	Ч – 14,1–21,5 Ж – 14,1–18,5	Ч – 51,0–100,0 Ж – 51,0–85,0
ФК III	8,0–14,0	15,0–5,0 0
ФК IV	<8,0	<15,0

10. Класифікація хронічної серцевої недостатности за ABCD-стадії серцевої недостатности
(Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA), 2001)

Група А – хворі без ознак ХСН, але з ЧР виникнення ХСН (АГ, ІХС, АГ, вади серця).

Група В – симптомів ХСН немає, проте наявні ознаки структурного ураження серця (гіпертрофія і/або дилятація ЛШ, послаблення констрикції тощо).

Група С – структурне ураження серця в поєднанні з ознаками ХСН, спричиненої систолічною і/або діастолічною дисфункцією ЛШ; хворі відповідають на лікування.

Група D – термінальна ХСН або рефрактерна до лікування.

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ХСН: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ХСН: ІІА стадія».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (10.11.2018 р.), ФК І (13.11.2018 р.); стеноз ПВА 90,0 % (коронарографія 11.11.2018 р.), стентування ПВА (один непокритий стент); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I20.8 ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (10.11.2018 р.), ФК І (13.11.2018 р.); стеноз ПВА 90,0 % (коронарографія 11.11.2018 р.), стентування ПВА (один непокритий стент); СН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %)».

Примітка. * – див. додаток 6.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС*».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС із елевацією сегмента ST; ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: гострий (20.10.2018 р.) ІМ із елевацією сегмента ST нижньої ділянки ЛШ; ГХ**: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ), ГПМК (2004 р.) у басейні лівої середньомозкової артерії), 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (20.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (20.10.2018 р.) Q-ІМ нижньої ділянки ЛШ, постінфарктна стенокардія (27.10.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ), гіпертензивна ретинопатія, ГПМК (2004 р.) у басейні лівої середньомозкової артерії); 2-й ступінь (20.10.2018 р.), 1-й ступінь (22.10.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (20.10.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (20.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (20.10.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (30.10.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.1 ІХС: гострий (20.10.2018 р.) Q-ІМ нижньої ділянки ЛШ, постінфарктна стенокардія (27.10.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ), гіпертензивна ретинопатія, ГПМК (2004 р.) у басейні лівої середньомозкової артерії); 2-й ступінь (20.10.2018 р.), 1-й ступінь (22.10.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІ за Т. Killip (20.10.2018 р.), клас ІІІ за Т. Killip (20.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (20.10.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (30.10.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9.

C.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ*: ІІ стадія, 1-й ступінь; ХСН: І стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: І стадія; ФК ІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (29.09.2020 р.), 1-й ступінь (02.10.2020 р.); ризик ІІ; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (29.09.2020 р.), ФК І за NYHA (03.09.2020 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I11.0 ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (29.09.2020 р.), 1-й ступінь (02.10.2020 р.); ризик ІІ; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (29.09.2020 р.), ФК І за NYHA (03.09.2020 р.)».

Примітка. * – див. додаток 9.

D.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ*: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз**».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ІХС: післяінфарктний кардіосклероз; ХСН: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)), 2-й ступінь, ризик ІІІ; ІХС: післяінфарктний (Q-IM передньоперегородково-верхівковий (23.04.2018 р.)) кардіосклероз; блокада передньої гілки ЛНПГ**; ХСН: ІІБ стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (15.09.2020 р.), 1-й ступінь (18.09.2020 р.); ризик ІІІ); ІХС: післяінфарктний (Q-IM передньоперегородково-верхівковий (23.04.2018 р.)) кардіосклероз; аневризма ЛШ: хронічна, післяінфарктна; екстрасистолія***: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; блокада передньої гілки ЛНПГ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними

показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК III за NYHA (15.09.2020 р.), ФК II за NYHA (20.09.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I11.0 ГХ (III стадія (гіпертензивне серце (ГЛШ)); 2-й ступінь (15.09.2020 р.), 1-й ступінь (18.09.2020 р.); ризик III); ІХС: післяінфарктний (Q-IM передньоперегородково-верхівковий (23.04.2018 р.)) кардіосклероз; аневризма ЛШ: хронічна, післяінфарктна; екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; блокада передньої гілки ЛНПГ****; ХСН: IIБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК III за NYHA (15.09.2020 р.), ФК II за NYHA (20.09.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 7; *** – див. додаток 3; **** – див. додаток 5.

Е.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ДКМП; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ДКМП*; ФП**: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН: IIБ-III стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ДКМП; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН: III стадія; ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ДКМП; ЛАГ***: хронічна, II ступеня, післятромбоемболійна**** (рецидивна тромбоемболія дрібних гілок легеневих артерій), IV типу за S. W. Jamieson, ФК III за ВООЗ; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант (22.12.2018 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 5 балів, HAS – BLED 2 бали; ФШ***** (дефібриляція 30.12.2018 р.); ХСН: III стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.0 ДКМП; ЛАГ: хронічна, II ступеня, післятромбоемболійна (рецидивна тромбоемболія дрібних гілок легеневих артерій), IV типу за S. W. Jamieson, ФК III за ВООЗ; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант (22.12.2018 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 5 балів, HAS – BLED 2 бали; ФШ (дефібриляція 30.12.2018 р.); ХСН: III стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«I42.0 ДКМП; ЛАГ: хронічна, II ступеня, післятромбоемболійна (рецидивна тромбоемболія дрібних гілок легеневих артерій), IV типу за S. W. Jamieson, ФК III за ВООЗ; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант (22.12.2018 р.), EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 5 балів, HAS – BLED 2 бали; ФШ (дефібриляція 30.12.2018 р.); ХСН (III стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ДКМП (маса серця 257,0 г): тромб у вушку ЛП; хронічне загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанозна» індурація нирок і селезінки); набряк легень і головного мозку».

Примітки:* – класифікація КМП (див. додаток 14); ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 10; **** – див. додаток 11; ***** – див. додаток 5.

Класифікація кардіоміопатій

(Асоціація кардіологів України, 2016)

I. Нозологічна форма*:

1. ДКМП.
2. ГКМП (обструктивна, необструктивна).
3. РКМП.
4. Алкогольна КМП.
5. КМП, спричинена лікарськими засобами та іншими зовнішніми чинниками.
6. АКМП.
7. КМП, що виникають за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках (системні хвороби, м'язові дистрофії, нейром'язові порушення, перипартальні).
8. КМП, спричинені інфекційними та паразитарними хворобами, в тому числі дифтерією.
9. Метаболічна КМП**.

II. Клінічний варіант***:

- аритмія;
- кардіальгія тощо.

III. ХСН: 0–III стадія.

Примітки: * – у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках; має бути подвійне кодування, основною буде хвороба, яка спричинила кардіоміопатію; ** – спричинена ендокринними порушеннями; *** – класифікація кардіоміопатій за клінічними проявами:

- малосимптомний варіант;
- вегетодистонічний варіант;
- інфарктоподібний варіант;

- кардіальгійний варіант;
- аритмійний варіант;
- декомпенсаційний варіант;
- псевдоклапанний варіант;
- змішаний варіант;
- блискавичний варіант.

F.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС; синкопе (27.07.2018 р.)».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС без елевації сегмента ST*; синкопе (27.07.2018 р.); ХСН: I стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; синкопе (27.07.2018 р.); ХСН: I стадія; ФК II за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ГКМП**: кардіальгійний варіант, обструктивна форма, тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ; ШТ: пароксизмальна, із синкопе (27.07.2018 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 70,0 %); ФК II за NYHA».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «142.1 ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма, тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ; ШТ: пароксизмальна, із синкопе (27.07.2018 р.); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 70,0 %); ФК II за NYHA (27.07.2018 р.), ФК I за NYHA (30.07.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 14.

G.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Міокардит*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Міокардит; ХСН: I стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Міокардит; АВ блокада** (I ступеня); ХСН: I стадія».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Міокардит: гострий, вірусний, ізольований, легкий перебіг; АВ блокада (I ступеня); ХСН: I стадія; із проміжними показниками ФВ

ЛШ (ФВ 47,0 %); ФК ІІ за NYHA (01.02.2010 р.), ФК І за NYHA (10.02.2010 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І40.1 Міокардит: гострий, вірусний, ізольований, легкий перебіг; АВ блокада (І ступеня); ХСН: І стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 47,0 %); ФК ІІ за NYHA (01.02.2010 р.), ФК І за NYHA (10.02.2010 р.)».

Примітки: * – див. додаток 13; ** – див. додаток 5.

Н.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; синкопе (24.09.2020 р.); ХСН**: ІІА стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; синкопе (24.09.2020 р.); ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1, АС*** (VI стадія); синкопе (24.09.2020 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1; АС (VI стадія); синкопе (24.09.2020 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.09.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (17.09.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І35.0 Кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1, АС (VI стадія); синкопе (24.09.2020 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.09.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (17.09.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 11; *** – див. додаток 15 .

12. I51 Дистрофія міокарда

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I51 Ускладнення і недостатньо описана хвороба серця
- I51.5 Дегенерація міокарда
- I51.6 ССХ, неуточнена
- I51.7 Кардіомегалія
- I51.8 Інші недостатньо означені хвороби серця
- I51.9 Хвороба серця, неуточнена

2. Класифікація дистрофії міокарда

(В. Х. Василенко зі співавт., 1989)

І. За причиною виникнення:

1. Анемічна.
2. Аліментарна:
   - 2.1. Авітамінози (серцева форма бері-бері).
   - 2.2. Гіпо- і диспротеїнози.
   - 2.3. Голодування.
   - 2.4. Синдром квашіоркору.
3. Ендокринна і дисметаболічна:
   - 3.1. Тиротоксикоз і мікседема.
   - 3.2. Акромегалія.
   - 3.3. Синдром В. Г. Кушинга.
   - 3.4. Феохромоцитома.
   - 3.5. Ожиріння.
   - 3.6. ЦД.
   - 3.7. Клімакс.
   - 3.8. Електролітні розлади.
4. Токсичні:
   - 4.1. Отруєння чадним газом.
   - 4.2. Отруєння побутовими і промисловими отрутами.
5. Алкогольні.
6. Спричинені фізичним перевантаженням («спортивне серце»).

ІІ. За стадіями:

1. Нейрофункціональна (переважають симптоми вегетативної дисфункції).
2. Обмінно-структурна (органічних змін):
   - а) період компенсації (СН: ІІА стадія).
   - б) період декомпенсації (СН: ІІБ стадія).

3. СН (СН: III стадія).

III. За перебігом:

1. Гостра.
2. Хронічна.
3. Міодистрофійний кардіосклероз (міокардіофіброз).

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«КМП*: метаболічна».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«КМП: метаболічна; синусова тахікардія**; ХСН***: I стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«КМП: метаболічна; синусова тахікардія; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«КМП: метаболічна (зоб: дифузний, вузловий, тиротоксикоз); синусова тахікардія; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«I42.8 КМП: метаболічна (зоб: дифузний, вузловий, тиротоксикоз); синусова тахікардія; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК II за NYHA (15.07.2020 р.), ФК I за NYHA (18.07.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 14; ** – див. додаток 5; *** – див. додаток 1.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«Тахікардія*: пароксизмальна, суправентрикулярна».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«Тахікардія: пароксизмальна, суправентрикулярна».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«КМП**: метаболічна (клімактерична); тахікардія: пароксизмальна, суправентикулярна, 20.09.2019 р.; ХСН***: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«КМП: метаболічна (клімактерична); тахікардія: пароксизмальна, суправентикулярна, 20.09.2019 р.; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.8 КМП: метаболічна (клімактерична); тахікардія: пароксизмальна, суправентикулярна, 20.09.2019 р.; ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA (20.09.2019 р.), ФК I за NYHA (22.09.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 5; ** – див. додаток 14; *** – див. додаток 1.

13. I70 Атеросклероз

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I70 Атеросклероз
- I70.0 Атеросклероз аорти
- I70.1 Атеросклероз ниркової артерії
- I70.2 Атеросклероз артерій кінцівок
- I70.8 Атеросклероз інших артерій
- I70.9 Генералізований і неуточнений атеросклероз

2. Типи гіперліпопротеїнемій і ризик виникнення атеросклерозу

(D. Fredrickson, 1970)

Фенотип	Показник холестеролу плазми	Показник ТГ плазми	Зміни ліпопротеїнів плазми	Атерогенність*
1	2	3	4	5
I	Підвищений	Підвищений або в нормі	↑ хіломікрони	Неатерогенний фенотип
IIa	Підвищений	У нормі	↑ ЛПНЩ	Висока. Різко підвищений ризик виникнення атеросклерозу, особливо вінцевих артерій. Характерно для родинної гіперхолестеролемії (ГХСЕ) і полігенної ГХСЕ
IIb	Підвищений	Підвищений	↑ЛПНЩ та ЛПДНЩ	Висока. Різко підвищений ризик виникнення атеросклерозу, особливо вінцевих артерій. Найпоширеніший тип гіперліпідемії. Характерно для родинної, комбінованої ГХСЕ і вторинних порушень ліпідного обміну

1	2	3	4	5
III	Підвищений	Підвище-ний	↑ЛПНЩ	Висока. Високий ризик ІХС та атеросклерозу периферійних артерій
IV	Частіше в нормі	Підвище-ний	↑ ЛПДНЩ	Помірна. Високий ризик ІХС та атеросклерозу периферійних артерій – ТГ плазми крови 2,0–5,0 ммоль/л (177,0–442,0 мг/дл), особливо в поєднанні з низькими показниками ЛПВЩ. Характерно для родинної гіпертригліцеридемії (ГТГЕ) (>5,0 ммоль/л (445,0 мг/дл))
V	Підвищений	Підвище-ний	↑ хіломікрони та ЛПДНЩ	Низька. Характерно для ожиріння й алкоголізму, загроза панкреатиту внаслідок ГТГЕ. Фібрати неефективні, лише дієта з низьким вмістом жиру і високі дози омега-3-поліненасичених жирних кислот у поєднанні з плазмоферезом

Примітки: * – гіперліпідемія I, III, V типів досить рідкісна. Серед дорослого населення дуже поширені, найбільш атерогенні й небезпечні щодо ризику серцево-судинних ускладнень IIa, IIb, IV типи.

3. Класифікація дисліпідемій за механізмом виникнення

(Асоціація кардіологів України, 2016)

- **Первинна дисліпопротеїнемія*:**
  - моногенна – спадкова патологія, пов’язана з генними мутаціями;
  - гомозиготна – дуже рідкісна форма, коли дитина отримує по одному дефектному гену від обох батьків;
  - гетерозиготна – наявність дефектного гена від одного з батьків.
- **Вторинна дисліпопротеїнемія**.**

Примітки: * – первинна дисліпопротеїнемія є самостійною хворобою; ** – вторинна – наслідок інших хвороб.

4. Основні причини вторинної гіперхолестеролемії

(О. І. Мітченко, М. І. Лутай, 2007)

Порушений параметр	Причина
↑ ЗХС і ↑ ХС ЛПНГ	• Гіпотироз • Нефротичний синдром • Дисгамаглобулінемія (СЧВ), множинна мієлома • Лікування прогестероном або анаболічними стероїдами • Холестазна хвороба печінки внаслідок порушення ліпідного обміну • Застосування інгібіторів протеази для лікування ВІЛ-інфікованих хворих

5. Клінічна класифікація дисліпідемій

(Асоціація кардіологів України, 2011)

ГХСЕ: ізольоване підвищення показників ЗХС >5,0 ммоль/л (>190,0 мг/дл), що відповідає типу II за D. Fredrickson.

Родинна гетерозиготна ГХСЕ: ЗХС >8,0 ммоль/л (>304,0 мг/дл), ЛПНЩ >5,0 ммоль/л (>190,0 мг/дл).

Родинна гомозиготна ГХСЕ: ЗХС >16,0–18,0 ммоль/л (>608,0 мг/дл), ЛПНЩ >13,0 ммоль/л (>494,0 мг/дл).

Комбінована дисліпідемія: при комбінованому підвищенні показників ЗХС >5,0 ммоль/л (>190,0 мг/дл) і ТГ >1,7 ммоль/л (>150,0 мг/дл) відповідає типам IIb і III за D. Fredrickson.

ГТГЕ: ізольоване підвищення показників ТГ >1,7 ммоль/л (>150,0 мг/дл), що відповідає типам I і IV за D. Fredrickson.

Легка й помірна ГТГЕ (гетерозиготна): ТГ >1,7 ммоль/л (>150,0 мг/дл) і <10,0 ммоль/л (<885,0 мг/дл).

Тяжка ГТГЕ (гомозиготна): ТГ >10,0 ммоль/л (>885,0 мг/дл).

Діагнози дисліпідемії, гіперпротеїнемії і гіперліпідемії не є самостійними, а мають бути включені в основний клінічний діагноз серцево-судинної хвороби. У клінічному діагнозі рекомендовано застосовувати клінічну класифікацію дисліпідемій, затверджену Асоціацією кардіологів України (2011).

6. Основні причини вторинних гіпер(дис)ліпідемій і зміни ліпідів крови

(М. І. Лутай, 2004)

Збільшений вміст ЛПНЩ	Збільшений вміст ТГ	Зменшений вміст ЛПВЩ
ЦД Гіпотироз Нефротичний синдром Холестаз Анаболічні стероїди Гестагени β-адреноблокатори Тіазидні діуретини	Алкоголізм ЦД Гіпотироз Ожиріння Ниркова недостатність β-адреноблокатори Тиклопідин Секвестранти жовчних кислот	Тютюнокуріння ЦД ГТГЕ Менопауза Ожиріння Вік (для чоловіків) Уремія Анаболічні стероїди β-адреноблокатори Гестагени

7. Чинники ризику атеросклерозу

(М. І. Лутай, 2004)

ЧР, що не модифікуються	ЧР, що модифікуються	ЧР, потенційно або частково оборотні
Вік (Ч > 45 років, Ж > 55 років і/або менше за умови ранньої менопаузи та відсутности замісного лікування естрогенами), чоловіча стать, генетична схильність (передчасна наявність ІХС або інших проявів атеросклерозу в найближчих родичів: Ж < 65 років, Ч < 55 років)	Куріння АГ Ожиріння, в т.ч. абдомінальне ЦД	Збільшений вміст у плазмі крови ЗХС (>5,2 ммоль/л) і ЛПНЩ (>4,1 ммоль/л), зниження концентрації ЛПВЩ (<0,9 ммоль/л). Низька фізична активність. Психосоціальні чинники (депресія, ворожість, соціальна ізоляція), зловживання алкоголем, вживання пероральних контрацептивів, м'яка вода

8. Класифікація стадій атеросклерозних змін у судинах

(H. Stary, 1994)

Тип ураження	Характеристика уражень
1	2
I Початкові зміни	Нагромадження ліпопротеїнів у інтимі, ліпідів – у макрофагах. Структурних змін немає

1	2
II Ліпідні плями	Нагромадження ліпопротеїнів у інтимі, ліпідів у макрофагах і гладеньком'язових клітинах. Структурних змін немає
IIа	Ліпідні плями зі здатністю до змін
IIб	Ліпідні плями, що не змінюються
III Преатерома	Зміни типу II а + численні позаклітинні відкладення ліпідів. Мікроскопічно ознаки тканинного ушкодження та дезорганізації
IV Атерома	Усі зміни типів IIа і III + формування ліпідного ядра. Виражене порушення структурної цілісності інтими. Порушення гемодинаміки
V Фіброатерома	Усі зміни типів II а, III, IV + проліферація гладеньком'язових клітин поверх ліпідного ядра, формування «покришки». Наявні ознаки порушення гемодинаміки внаслідок звуження просвіту судин
VI Нестабільна атеросклерозна бляшка	VIа – розрив бляшки VIб – крововилив у атеросклерозну бляшку VIв – тромбоз атеросклерозної бляшки Можливі ускладнення: ІМ, інсульт, гангрена
VII Кальцифікація атеросклерозної бляшки	Порушення гемодинаміки залежно від локалізації патологічного процесу

9. Класифікація атеросклерозу

(А. Л. Мясников, 1965)

Варіанти атеросклерозу:

- Атеросклероз
- Кальциноз артерій
- Артеріолосклероз
- Вікові ущільнення артерій
- Хронічні артеріїти з переходом у склероз

Варіанти атеросклерозу за походженням:

- Гемодинамічні
- За наявности ГХ
- За наявности ангіоспазму
- За наявности вазомоторних порушень
- Метаболічні
- За наявности конституційно-спадкових порушень ліпідного обміну
- За наявности аліментарних порушень
- За наявности ендокринних хвороб (ЦД, гіпотироз, недостатність статевих залоз)
- Змішані

За локалізацією:

- Атеросклероз вінцевих артерій
- Атеросклероз аорти
- Мозкова форма
- Ниркова форма
- Мезентеріальна форма
- Атеросклероз периферійних артерій
- Атеросклероз легеневої артерії

Стадія ураження:

- початковий (доклінічний) етап
- період клінічних проявів
- ішемічна стадія*
- некротична (тромбонекротична) стадія**
- фібринозна стадія***

Примітки: * – тканини й органи відчувають брак кровопостачання, починаються оборотні дистрофічні зміни; ** – наростання тяжкости дегенеративно-дистрофічних процесів унаслідок звуження просвіту судин на 70,0 % і більше. Залежно від ділянки ураження виникають фіброзні зміни ураженого органа; *** – формування рубцевих змін у тканинах і органах, із поступовою втратою функцій органів.

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Ожиріння: II ступеня; ІХС: стабільна стенокардія навантаження*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Ожиріння: II ступеня; ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ХСН**: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «Ожиріння: II ступеня; ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК III; ГХ***: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик III; ХСН: IIA стадія».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Ожиріння: аліментарно-конституційного генезу, II ступеня, комбінована дисліпідемія; ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК III (24.10.2019 р.), ФК I (30.10.2019 р.)), атеросклероз ОГЛВА (коронарографія 25.10.2019 р.), МКШ (26.10.2019 р.); ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (24.10.2019 р.), 1-й ступінь (25.10.2019 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«E66.0 Ожиріння: аліментарно-конституційного генезу, II ступеня, комбінована дисліпідемія; ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК III (24.10.2019 р.), ФК I (30.10.2019 р.)), атеросклероз ОГЛВА (коронарографія 25.10.2019 р.), МКШ (26.10.2019 р.); ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (24.10.2019 р.), 1-й ступінь (25.10.2019 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 9.

В.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Ожиріння; ГХ ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Ожиріння: III ступеня; ГХ*; екстрасистолія**; ХСН***: I стадія; ФК I за NYHA».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Ожиріння: аліментарно-конституційного генезу, III ступеня; ГХ (II стадія (гіпертензивна ангіопатія сітківки), 2-й ступінь, ризик II); екстрасистолія (часта, передсердна); ХСН: I стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Ожиріння: аліментарно-конституційного генезу, III ступеня, ГТГЕ; ГХ (II стадія (гіпертензивна ангіопатія сітківки), 2-й ступінь, ризик II); екстрасистолія (часта, передсердна); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«E66.0 Ожиріння: аліментарно-конституційного генезу, III ступеня, ГТГЕ; ГХ (II стадія (гіпертензивна ангіопатія сітківки); 2-й ступінь (22.02.2020 р.), 1-й ступінь (25.02.2020 р.); ризик II); екстрасистолія (часта, передсердна); ХСН: I стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК II за NYHA (22.02.2020 р.), ФК I за NYHA (26.02.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 5; *** – див. додаток 1.

С.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; ГХ**».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз*** (ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ (22.02.2019 р.)); ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ (22.02.2019 р.)); ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ (22.02.2019 р.))); атеросклероз аорти; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (19.01.2020 р.), 1-й ступінь (22.01.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, задньобічної стінки ЛШ (22.02.2019 р.))); атеросклероз аорти; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (19.01.2020 р.), 1-й ступінь (22.01.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 7; **** – див. додаток 1.

14. I71 Хвороби аорти

І. КЛАСИФІКАЦІЇ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I71 Аневризма та розшарування аорти
- I71.0 Розшарування аорти (будь-якої частини)
- I71.1 Аневризма грудної аорти, розірвана
- I71.2 Аневризма грудної аорти, без згадування про розрив
- I71.3 Аневризма черевної аорти, розірвана
- I71.4 Аневризма черевної аорти, без згадування про розрив
- I71.5 Аневризма грудочеревної аорти, розірвана
- I71.6 Аневризма грудочеревної аорти, без згадування про розрив
- I71.8 Аневризма аорти, неуточненої локалізації, розірвана
- I71.9 Аневризма аорти, неуточненої локалізації, без згадування про розрив

2. Класифікація аневризми аорти

(P. M. Roux, D. Guilmet, 1986)

- **за етіологією**:
  - атеросклерозна;
  - дегенеративна (синдром Б. Дж. А. Марфана, синдром Е. Елерса – Г. А. Данлоса IV типу, кістозна дегенерація аорти);
  - післязапальна (хвороба М. Такаясу, гігантоклітинний артеріїт, артеріїт у разі хвороб сполучної тканини, сифіліс, ІЕ, сепсис);
  - посттравматична аневризма;
- **за формою:**
  - мішкоподібні;
  - веретеноподібні (значно частіше);
- **за будовою стінки:**
  - справжні;
  - несправжні (стінку утворює адвентиційна оболонка з прилеглими тканинами після розриву внутрішньої і середньої оболонок; найчастіше – посттравматичні);
- **клінічно:**
  - безсимптомні;
  - симптомні;
  - розрив аневризми;

- **за локалізацією:**
  - грудні (найчастіше висхідної аорти);
  - черевні (нижче від діафрагми);
  - грудочеревні;
- **за перебігом розшаровувальна аневризма:**
  - гостра (минуло менш ніж 14 днів від часу виникнення і наявні відповідні симптоми);
  - хронічна (минуло більш ніж 14 днів від гострого випадку або якщо її виявлено випадково).

3. Типи розшарування аорти
(M. E. de Bakey, 1954)

Тип I – розшарування починається від кореня аорти й поширюється за межі висхідної аорти.

Тип II – розшарування обмежено висхідною аортою.

Тип III – розшарування починається дистально щодо місця відходження лівої підключичної артерії:

тип IIIA – розшарування обмежено грудною аортою;

тип IIIB – розшарування поширюється нижче діафрагми.

4. Стенфордська класифікація розшаровувальної аневризми аорти (1970)

- **Розшаровувальна аневризма типу A** – ушкодження висхідної частини (включає M. E. de Bakey типи I, II і III (розшарування, що виникає у низхідній аорті або дузі аорти, але поширюється на висхідну аорту)).
- **Розшаровувальна аневризма типу B** – поширюється дистальніше від місця відгалуження лівої підключичної артерії (включає тип III за M. E. de Bakey без ретроградного продовження у висхідний відділ аорти).

5. Класифікація розшаровувальної аневризми аорти
(L. G. Svensson, S. B. Labib, A. C. Eisenhauer, J. R. Butterly, 1999)

Клас 1: класичне розшарування аневризми

Клас 2: розрив медії з утворенням інтрамуральної гематоми або геморагій.

Клас 3: переривчасте або тонке розшарування без гематоми, ексцентричне випинання в місці розташування

Клас 4: розрив бляшки

Клас 5: ятрогенні та травматичні розшаровувальні аневризми

ІІ. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС; ГХ: ІІІ стадія, 3-й ступінь; кардіогенний шок (10.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип ІІ за M. E. de Bakey; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце), 3-й ступінь, ризик ІІІ; кардіогенний шок (10.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип ІІ за M. E. de Bakey; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце), 3-й ступінь, ризик ІІІ; кардіогенний шок (10.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA (10.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (10.12.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І71.1 Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип ІІ за M. E. de Bakey; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце), 3-й ступінь, ризик ІІІ; кардіогенний шок (10.12.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA (10.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (10.12.2018 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:
«І71.1 Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип ІІ за M. E. de Bakey; ГХ: ІІІ стадія (гіпертензивне серце), 3-й ступінь, ризик ІІІ; кардіогенний шок (10.12.2018 р.); ХСН (ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %); ФК ІІІ за NYHA (10.12.2018 р.), ФК ІV за NYHA (10.12.2018 р.)); набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:
«Розшарування висхідної аорти й дуги аорти; розрив аорти в ділянці розшарування (4,0 см); ГХ з переважним ураженням серця: ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 450,0 г, товщина стінки ЛШ – 1,4 см, правого – 0,4 см); набряк легень; набряк головного мозку».

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Розшаровувальна аневризма аорти».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Розшаровувальна аневризма аорти; ГХ: III стадія, 2-й ступінь; ХСН: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип IIIA за M. E. de Bakey; ГХ: III стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик III; ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип IIIA за M. E. de Bakey, протезування висхідної аорти і дуги аорти (10.12.2018 р.); ГХ (III стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (10.12.2018 р.), 1-й ступінь (11.12.2018 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (10.12.2018 р.), ФК II за NYHA (11.12.2018 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I71.1 Розшаровувальна аневризма аорти: гостра, тип IIIA за M. E. de Bakey, протезування висхідної аорти і дуги аорти (10.12.2018 р.); ГХ (III стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (10.12.2018 р.), 1-й ступінь (11.12.2018 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (10.12.2018 р.), ФК II за NYHA (11.12.2018 р.)».

15. I95 Артеріальна гіпотензія

І. КЛАСИФІКАЦІЯ

1. Міжнародна статистична класифікація хвороб і споріднених проблем (десятий перегляд) – МКХ-10, 1992

(Наказ МОЗ України від 08.10.1998 р. № 297)

I95 Гіпотензія
- I95.0 Ідіопатійна гіпотензія
- I95.1 Ортостатична гіпотензія
- I95.2 Гіпотензія унаслідок дії лікарських засобів
- I95.8 Інша гіпотензія
- I95.9 Гіпотензія, неуточнена

2. Класифікація артеріальних гіпотензій

(М. В. Молчанов, 1965)

Форми артеріальної гіпотензії

А. Фізіологічна артеріальна гіпотензія:
- Гіпотензія як індивідуальний варіант норми
- Гіпотензія підвищеної тренованости (у спортсменів)
- Гіпотензія адаптивна (у жителів високогір'я, тропіків, субтропіків)

Б. Патологічна гіпотензія:
- Есенціальна (первинна, нейроциркуляційна) гіпотензія:
  - нестійка;
  - стійка (гіпотонічна хвороба)
- Ідіопатійна ортостатична гіпотензія
- Симптоматична (вторинна) гіпотензія:
  - гостра форма (під час шоку, колапсу);
  - хронічна форма;
  - форма з вираженим ортостатичним синдромом (включаючи синдром Дж. М. Шая – Дж. А. Дрейджера)

3. Причини вторинних артеріальних гіпотензій

(Е. В. Гембіцький, 1997)

(цит. за А. Н. Окороковим, 2004)

Хвороби, інтоксикації та інші причини артеріальних гіпотензій
А. Гостра артеріальна гіпотензія
➢ **Хвороби органів кровообігу**
• ІМ
• Тяжке порушення ритму серця і провідности
• Розрив аневризми серця

• Ексудативний перикардит, тампонада серця
• Гострий міокардит
• Гостра дистрофія міокарда (алкогольна, внаслідок фізичного перевантаження тощо)
• Шок (кардіогенний, травматичний, анафілактичний тощо)
• Передозування адреноблокаторами, гангліоблокаторами, симпатолітиками, нітратами, морфіном (під час внутрішньовенного введення), швидке внутрішньовенне введення новокаїнаміду
• Передозування салуретиками швидкої дії, особливо після внутрішньовенного введення (фуросемід, етакринова кислота)
• Міксома, тромб лівого передсердя
➢ **Хвороби органів дихання**
• Гостра пневмонія, тяжкий перебіг, інфекційно-токсичний шок
• Спонтанний пневмоторакс
• Легенева кровотеча
• Астматичний статус
• Тромбоемболія легеневої артерії
• Швидка евакуація значної кількости плеврального ексудату
➢ **Хвороби органів травлення**
• Гастродуоденальні, кишкові кровотечі, розрив селезінки
• Перфорація/пенетрація виразки шлунка, дванадцятипалої кишки, тонкої і товстої кишок
• Тромбоемболія брижових артерій
• Гострий панкреатит, гострий гепатит (тяжкий перебіг)
• Профузна діарея будь-якого генезу
• Перитоніт будь-якого генезу
• Демпінг-синдром
• Швидка евакуація великої кількости асцитної рідини
➢ **Хвороби ендокринних залоз**
• Гостра надниркова недостатність
• Гіперкетонемійна кома
• Тиротоксичний криз
• Гіпотироїдна кома
• Гіпопітуїтарна кома
Б. Хронічна артеріальна гіпотензія
➢ **Хвороби органів кровообігу**
• Вроджена гіпоплазія аорти
• Констриктивний перикардит (не у всіх хворих)
➢ **Хвороби органів дихання**
• Туберкульоз легень
• Хронічні неспецифічні хвороби легень
➢ **Хвороби органів травлення**
• Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки
• Синдром мальабсорції різного генезу, значно виражений

➢ **Хвороби ендокринної системи й обміну речовин**
• Хвороба Т. Адісона
• Первинний гіпоальдостеронізм
• Гіпофізарна кахексія, післяродовий гіпопітуїтаризм
• Гіпотироз
• Аліментарна дистрофія (у поєднанні з B_1-гіповітамінозом)
• Первинний і вторинний амілоїдоз (генералізований)
➢ **Хвороби системи крови**
• Анемії будь-якого генезу, тяжкий ступінь
• Хронічний лейкоз (особливо в разі вираженої анемії)

4. Причини ортостатичної артеріальної гіпотензії

(Ш. Е. Атаханов, Д. Робертсон, 1995)

Ортостатична артеріальна гіпотензія, спричинена первинним ураженням центральної і/або вегетативної нервової системи (ВНС):

- Ідіопатійна функціональна симпатикотонічна ортостатична артеріальна гіпотензія
- Синдром С. Бредбері – К. Еглстона (первинна асимпатикотонічна ортостатична артеріальна гіпотензія, чиста автономна дисфункція)
- Множинна системна атрофія (синдром Дж. М. Шая – Дж. А. Дрейджера)
- Синдром барорефлективної недостатности
- Дефіцит дофамін-β-гідроксилази
- Синдром К. М. Райлі – Р. Л. Дея (родинна дисавтономія)
- Вазовагальне синкопе
- Парасимпатична рефлекторна активація
- Дефіцит моноамінооксидази
- Сімейна полінейропатія з амілоїдозом португальського типу
- Хвороба Дж. Паркінсона з дисфункцією ВНС
- Атеросклероз артерій головного мозку

Ортостатична артеріальна гіпотензія, зумовлена вторинним залученням ВНС:

- ЦД
- B_{12}-дефіцитна анемія
- Автоімунні хвороби
- Синдром Ж. Гієна – Ж.-А. Барре (запальна автоімунна поліорадикулопатія)
- РА
- СЧВ
- Синдром Л. М. Ітона – Е. Г. Ламберта
- Інфекції (дифтерія, ботулізм, правець)
- Проказа (хвороба Г. А. Гансена)
- Хвороби центральної нервової системи (розсіяний склероз, аміотрофічний бічний склероз, енцефалопатія К. Верніке, судинні порушення або пухлини, які залучають у патологічний процес

гіпоталамус і середній мозок із виникненням вторинної надниркової недостатности, паркінсонізм)
- АГ
- Карциноматозна автономна нейропатія
- Люмбосакральна симпатектомія
- Ушкодження спинного мозку, мієлопатія
- Сирингомегалія
- Спинна сухотка (третинний сифіліс)
- Амілоїдоз
- Порфірія
- Алкоголізм
- Хронічна ниркова недостатність

5. Класифікація ступеня тяжкости ортостатичної артеріальної гіпотензії й автономної вегетативної недостатности

(Ш. Е. Атаханов, Д. Робертсон, 1995)

Ступінь	Визначення
I	Помірна автономна недостатність Ортостатична артеріальна гіпотензія виникає один раз на день або декілька днів, зазвичай після вживання великої кількости їжі. Час перебування у вертикальному положенні не менш ніж 120 с. Легко коригується за допомогою лікування
II	Автономна недостатність середнього ступеня тяжкости Ортостатична артеріальна гіпотензія виникає неодноразово впродовж доби, частіше після їди. Час перебування у вертикальному положенні не менш ніж 60 с. Може бути коригована за допомогою лікування
III	Виражена автономна недостатність Ортостатична артеріальна гіпотензія виникає багаторазово впродовж доби і може бути індукована різними причинами. Час перебування у вертикальному положенні менш ніж 60 с (зазвичай 30–60 с). Рефрактерна до лікування

6. Функціональна класифікація ортостатичної артеріальної гіпотензії

(В. С. Мойсеєв, Ж. Д. Кабалова, 2002)

Клас 1	Безсимптомна постуральна гіпотензія (зниження САТ >20 мм рт. ст. і/або ДАТ <10 мм рт. ст.)
Клас 2	Симптоматична постуральна гіпотензія Симптоми (гіпотензія, минуще порушення зору, слабість, утома, погіршення когнітивної функції, нудота, серцебиття, біль голови, біль у потилиці) асоціюються з постуральною гіпотензією. Синкопе в анамнезі немає

Клас 3	Наявність у анамнезі синкопальних станів за наявности постуральної гіпотензії
Клас 4	Наявність обмеження працездатности й самообслуговування унаслідок наявности тяжких і частих синкопальних станів, зумовлених задокументованою постуральною гіпотензією

II. ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

А.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Артеріальна гіпотензія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Артеріальна гіпотензія: функціональна, ортостатична».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «Артеріальна гіпотензія: ідіопатійна, функціональна, ортостатична; ХСН: 0*».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Артеріальна гіпотензія: ідіопатійна, функціональна, симпатикотонічна, ортостатична; ХСН: 0».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «I95.1 Артеріальна гіпотензія: ідіопатійна; функціональна; симпатикотонічна; ортостатична; клас 2 (24.09.2020 р.), клас 1 (27.09.2020 р.); ХСН: 0».

Примітка. * – див. додаток 1.

В.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Артеріальна гіпотензія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Артеріальна гіпотензія: стійка, виражена форма».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «Артеріальна гіпотензія: стійка, виражена форма; ХСН*: 0».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Артеріальна гіпотензія: есенціальна, стійка, виражена форма; ХСН: 0».
4. **Остаточний клінічний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «I95.0 Артеріальна гіпотензія: есенціальна; стійка; виражена форма; клас 3 (01.06.2018 р.), клас 2 (07.06.2018 р.); ХСН: 0».

Примітка. * – див. додаток 1.

16. Приклади діагнозів бі- та поліморбідних уражень органів системи кровообігу

1.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*, післяінфарктний кардіосклероз** (ІМ – 2004 р. і 2006 р.); ГХ***; ХСН****: ІІБ стадія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ – 2004 р. і 2006 р.)); ГХ: ІІІ стадія (ІМ, ГПМК), 2-й ступінь; ХСН: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ – 2004 р. і 2006 р. по передньоперегородково-верхівково-бічній стінці ЛШ)); ГХ: ІІІ стадія (ІМ, ГПМК), 2-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ – 2004 р. і 2006 р. по передньоперегородково-верхівково-бічній стінці ЛШ)); ГХ (ІІІ стадія (ІМ, ГПМК (1998 р.)); 2-й ступінь (10.09.2020 р.), 1-й ступінь (11.09.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 42,0 %)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «І.20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ – 2004 р. і 2006 р. по передньоперегородкововерхівково-бічній стінці ЛШ)); ГХ (ІІІ стадія (ІМ, ГПМК (1998 р.)); 2-й ступінь (10.09.2020 р.), 1-й ступінь (11.09.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ (ФВ 42,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 7; *** – див. додаток 9; **** – див. додаток 1.

2.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, кризовий перебіг».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, кризовий перебіг; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, кризовий перебіг, ризик ІІІ; ІХС: стабільна стенокардія навантаження***; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 56,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (20.08.2020 р.), 1-й ступінь (25.08.2020 р.); кризовий перебіг; ризик ІІІ); ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 56,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І11.0 ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (20.08.2020 р.), 1-й ступінь (25.08.2020 р.); кризовий перебіг; ризик ІІІ); ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 56,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 6.

3.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; хронічна ревматична хвороба серця: МС** (ІІ стадія); екстрасистолія*** (шлуночкова); ХСН****: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІ; хронічна ревматична хвороба серця: активна фаза, МС (ІІ стадія); екстрасистолія (шлуночкова); ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (15.09.2020 р.), 1-й ступінь (16.09.2020 р.); ризик ІІ); хронічна ревматична хвороба серця (активна фаза, ІІ ступінь активности; МС (ІІ стадія)); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК ІІ за NYHA (15.09.2020 р.), ФК І за NYHA (19.09.2020 р.))».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І11.0 ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (15.09.2020 р.), 1-й ступінь (16.09.2020 р.); ризик ІІ (помірний)); хронічна ревматична хвороба серця (активна фаза, ІІ ступінь активности; МС (ІІ стадія)); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН:

ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %); ФК ІІ за NYHA (15.09.2020 р.), ФК І за NYHA (19.09.2020 р.))».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 15; *** – див. додаток 3; **** – див. додаток 1.

4.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«Хронічна ревматична хвороба серця: поєднана мітрально-аортальна вада*; ГХ**: ІІ стадія, 1-й ступінь».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«Хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, поєднана мітрально-аортальна вада; ГХ: ІІ стадія, 1-й ступінь; ХСН***: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«Хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, поєднана мітрально-аортальна вада; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, поєднана мітрально-аортальна вада (комбінована мітральна вада (МС (ІІІ стадія), недостатність МК (ІІ стадія)), комбінована аортальна вада (АС (ІІ стадія), аортальна недостатність (ІІ стадія))); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.02.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (22.02.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І08.0 Хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, поєднана мітрально-аортальна вада (комбінована мітральна вада (МС (ІІІ стадія), недостатність МК (ІІ стадія)), комбінована аортальна вада (АС (ІІ стадія), аортальна недостатність (ІІ стадія))); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (22.02.2020 р.), ФК ІІ за NYHA (22.02.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 15; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

5.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; хронічна ревматична хвороба серця: недостатність МК** (ІІ стадія); екстрасистолія (надшлуночкова)***; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІ; хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, недостатність МК (ІІ стадія); екстрасистолія (надшлуночкова); ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (23.09.2019 р.), 1-й ступінь (26.09.2019 р.); ризик ІІ); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, недостатність МК (ІІ стадія); екстрасистолія: часта, надшлуночкова; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.09.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (27.09.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І11.0 ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (23.09.2019 р.), 1-й ступінь (26.09.2019 р.); ризик ІІ); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, недостатність МК (ІІ стадія); екстрасистолія: часта, надшлуночкова; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %); ФК ІІІ за NYHA (23.09.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (27.09.2019 р.))».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 15; *** – див. додаток 3; **** – див. додаток 1.

6.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН**: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІ; пролапс МК***: ІІ ступінь міксоматозної дегенерації, ІІ ступінь мітральної регургітації; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (12.12.2017 р.), 1-й ступінь (15.12.2017 р.); ризик ІІ); пролапс МК: ідіопатійний, класичний, ІІ ступінь міксоматозної дегенерації, ІІ ступінь мітральної регургітації; ХСН: ІІА стадія; з проміжними показниками

ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (12.12.2017 р.), ФК II за NYHA (18.12.2017 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I11.0 ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (12.12.2017 р.), 1-й ступінь (15.12.2017 р.); ризик II); пролапс МК: ідіопатійний, класичний, II ступінь міксоматозної дегенерації, II ступінь мітральної регургітації; ХСН: IIA стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); III ФК за NYHA (12.12.2017 р.), II ФК за NYHA (18.12.2017 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 15.

7.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*, ФК III; ГХ**: II стадія, 1-й ступінь; ХСН***: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК III; кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1, АС**** (IV стадія); ГХ: II стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія), 2-й ступінь; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження (ФК III (20.08.2018 р.), ФК I (23.08.2018 р.)), стеноз ОГЛВА 99,0 %, низхідної гілки ЛВА 60,0 % (коронарографія 22.08.2018 р.), стентування ОГЛВА (1 елютинг-стент, 22.02.2018 р.); кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1, АС (IV стадія); ГХ (II стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (20.02.2018 р.), 1-й ступінь (22.02.2018 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження (ФК III (20.08.2018 р.), ФК I (23.08.2018 р.)), стеноз ОГЛВА 99,0 %, низхідної гілки ЛВА 60,0 % (коронарографія 22.08.2018 р.), стентування ОГЛВА (1 елютинг-стент, 22.02.2018 р.); кальцинувальна хвороба серця: стадія D_1, АС (IV стадія); ГХ (II стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (20.02.2018 р.), 1-й ступінь (22.02.2018 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 15.

8.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІЕ*».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІЕ: недостатність КА**; ХСН***: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІЕ: недостатність КА; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь; ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІЕ (первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (ІІІ стадія); протезування КА (10.12.2019 р.)); ГХ****: ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA (07.12.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (15.12.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І33.0 ІЕ (первинний; стрептококовий; активна фаза, активність ІІ ступеня; недостатність КА (ІІІ стадія); протезування КА (10.12.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA (07.12.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (15.12.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 4; ** – див. додаток 15; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 9.

9.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*, ФК ІІІ; ГХ**: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь; ХСН***: І стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС (стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (16.12.2019 р.), ФК І (19.12.2019 р.); стеноз ПВА 85,0 % (коронарографія 17.12.2019 р.); стентування ПВА (елютинг-стент 17.12.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія

(гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0%)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження; ФК ІІІ (16.12.2019 р.), ФК І (19.12.2019 р.); стеноз ПВА 85,0 % (коронарографія 17.12.2019 р.); стентування ПВА (елютинг-стент 17.12.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 60,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

10.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; ГХ**: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: мікроваскулярна стенокардія; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (08.12.2019 р.), 1-й ступінь (12.12.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (08.12.2019 р.), ФК І за NYHA (14.12.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.1 ІХС: мікроваскулярна стенокардія; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце, гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (08.12.2019 р.), 1-й ступінь (12.12.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (08.12.2019 р.), ФК І за NYHA (14.12.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

11.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС* без елевації сегмента ST; ГХ**: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія; ФК ІІ за NYHA».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія****; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: вазоспастична стенокардія (епізоди ішемії міокарда з елевацією сегмента ST зафіксовані за допомогою добового моніторування ЕКГ за Н. Холтером, 24.12.2019 р.); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (22.12.2019 р.), 1-й ступінь (24.12.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.12.2019 р.), ФК І за NYHA (29.12.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.1 ІХС: вазоспастична стенокардія (епізоди ішемії міокарда з елевацією сегмента ST зафіксовані за допомогою добового моніторування ЕКГ за Н. Холтером, 24.12.2019 р.); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (22.12.2019 р.), 1-й ступінь (24.12.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (22.12.2019 р.), ФК І за NYHA (29.12.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 6.

12.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС* без елевації сегмента ST; ГХ**: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія, що виникла вперше (27.12.2019 р.); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; екстрасистолія**** (шлуночкова); ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (нестабільна стенокардія, що виникла вперше***** (27.12.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ (31.12.2019 р.), ФК ІІ (05.01.2020 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (27.12.2019 р.), 1-й ступінь (29.12.2019 р.); ризик ІІІ); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I20.0 ІХС (нестабільна стенокардія, що виникла вперше (27.12.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ (31.12.2019 р.), ФК ІІ (05.01.2020 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (27.12.2019 р.), 1-й ступінь (29.12.2019 р.); ризик ІІІ); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 3; ***** – див. додаток 6.

13.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС* без елевації сегмента ST; ГХ**: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія**** з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.), стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ (10.11.2019 р.), ФК ІІ (14.11.2019 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (05.11.2019 р.), 1-й ступінь (08.11.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I20.0 ІХС: нестабільна стенокардія з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.), стабільна стенокардія навантаження (ФК ІІІ (10.11.2019 р.), ФК ІІ (14.11.2019 р.)); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (05.11.2019 р.), 1-й ступінь (08.11.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 54,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 6.

14.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: ГКС; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС* без елевації сегмента ST, післяінфарктний кардіосклероз*; ГХ**: ІІІ стадія, 1-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: нестабільна стенокардія**** з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.), післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (2006 р.)); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь); ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС (стенокардія з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (10.11.2019 р.), ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (2006 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (05.11.2019 р.), 1-й ступінь (06.11.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І20.0 ІХС (стенокардія з наростанням тяжкости (05.11.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (10.11.2019 р.), ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q задньодіафрагмальної ділянки ЛШ (2006 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (05.11.2019 р.), 1-й ступінь (06.11.2019 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 6.

15.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: ГКС; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: ГКС* з елевацією сегмента ST; ГХ**: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ з елевацією сегмента ST задньобазальної ділянки ЛШ; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (11.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 42,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ з елевацією сегмента ST задньобазальної ділянки ЛШ (тромболізис: актилізе, 11.09.2018 р.), рецидивний ІМ (13.09.2018 р.) у ділянці ураження; гостра аневризма серця (13.09.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (11.09.2018 р.,

13.09.2018 р.), 1-й ступінь (12.09.2018 р., 14.09.2018 р.); ризик ІІІ); АВ блокада**** (13.09.2018 р.; ІІ ступінь, ІІ типу; тимчасова ЕКС (14.09.2018 р.)); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (11.09.2018 р., 13.09.2018 р.), клас ІІ за Т. Killip (12.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 30,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.09.2018 р., 14.09.2018 р.), ФК IV за NYHA (13.09.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І21.2 ІХС: гострий (11.09.2018 р.) ІМ з елевацією сегмента ST задньобазальної ділянки ЛШ (тромболізис: актилізе, 11.09.2018 р.), рецидивний ІМ (13.09.2018 р.) у ділянці ураження; гостра аневризма серця (13.09.2018 р.); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (11.09.2018 р., 13.09.2018 р.), 1-й ступінь (12.09.2018 р., 14.09.2018 р.); ризик ІІІ); АВ блокада (13.09.2018 р.; ІІ ступінь, ІІ типу; тимчасова ЕКС (14.09.2018 р.)); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (11.09.2018 р., 13.09.2018 р.), клас ІІ за Т. Killip (12.09.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 30,0 %); ФК ІІІ за NYHA (11.09.2018 р., 14.09.2018 р.), ФК IV за NYHA (13.09.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 5.

16.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: нестабільна стенокардія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: нестабільна стенокардія*; ГХ**: ІІ стадія, 1-й ступінь; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: нестабільна стенокардія з наростанням тяжкости; ГХ: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 55,0 %); ФК ІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (25.10.2018 р.) ІМ**** зі зубцем Q, задньобічної ділянки ЛШ, ЧКВ-асоційований; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (25.10.2018 р.), 1-й ступінь (26.10.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (25.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК ІІІ за NYHA (25.10.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (04.11.2018 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І21.2 ІХС: гострий (25.10.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньобічної ділянки ЛШ, ЧКВ-асоційований; ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (25.10.2018 р.), 1-й ступінь (26.10.2018 р.); ризик ІІІ); ГСН: клас ІІІ за Т. Killip (25.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною

дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК III за NYHA (25.10.2018 р.), ФК II за NYHA (04.11.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 7.

17.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС; ГХ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: ГКС* з елевацією сегмента ST; ГХ**: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ХСН***: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. Попередній діагноз:
   «ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ; ГХ: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA».
   3.2. Власне клінічний діагноз:
   «ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ, стентування (17.03.2019 р.) передньої міжшлуночкової гілки ЛВА (два металеві стенти) і ОГЛВА (один покритий стент); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (17.03.2019 р.), 1-й ступінь (18.03.2019 р.); ризик III); ШТ****: стійка, мономорфна, електрична кардіоверсія (18.03.2019 р.); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (17.03.2019 р.), ФК II за NYHA (25.03.2019 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. Клінічний діагноз:
   «I21.0 ІХС: гострий (17.03.2019 р.) ІМ з елевацією сегмента ST, передньобічної ділянки ЛШ, стентування (17.03.2019 р.) передньої міжшлуночкової гілки ЛВА (два металеві стенти) і ОГЛВА (один покритий стент); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (17.03.2019 р.), 1-й ступінь (18.03.2019 р.); ризик III); ШТ: стійка, мономорфна, електрична кардіоверсія (18.03.2019 р.); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 45,0 %); ФК III за NYHA (17.03.2019 р.), ФК II за NYHA (25.03.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 5.

18.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ІМ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: повторний ІМ* передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ; ГХ**: ІІІ стадія, 1-й ступінь; ГСН (03.06.2018 р.); ХСН***: ІІБ-ІІІ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ, (2012 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 30,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ (2012 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ідіовентрикулярний ритм (05.06.2018 р.); ФШ**** (дефібриляція 06.06.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (03.06.2018 р.), клас IV за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 30,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І21.8 ІХС (повторний (02.06.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q передньоперегородково-верхівкової стінки ЛШ (2012 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ідіовентрикулярний ритм (05.06.2018 р.); ФШ (дефібриляція 06.06.2018 р.); ГСН: клас ІІІ за T. Killip (03.06.2018 р.), клас IV за T. Killip (03.06.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 30,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 5.

19.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; післяінфарктний кардіосклероз**».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз (21.03.2018 р.); ГХ***: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без елевації сегмента ST (21.03.2018 р.))); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без елевації сегмента ST задньобічної стінки ЛШ(21.03.2018 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (20.07.2020 р.), 1-й ступінь (22.07.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І25.2 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; постінфарктний кардіосклероз (ІМ без елевації сегмента ST задньобічної стінки ЛШ(21.03.2018 р.))); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (20.07.2020 р.), 1-й ступінь (22.07.2020 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 46,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 7; *** – див додаток 9; **** – див. додаток 1.

20.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз*; ГХ**; ФП***».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ 18.12.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП; ХСН****: ІІІ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ, 18.12.2019 р.); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІІ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 18,0 %); ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (18.12.2019 р.)); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (10.09.2020 р.), нормосистолічний варіант (15.09.2020 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІІ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК IV за NYHA (10.09.2020 р.), ФК ІІІ за NYHA (17.09.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I25.2 ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (ІМ зі зубцем Q, передньої стінки ЛШ (18.12.2019 р.)); ГХ: ІІІ стадія, 1-й ступінь, ризик ІІІ; ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (10.09.2020 р.), нормосистолічний варіант (15.09.2020 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІІ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 28,0 %); ФК IV за NYHA (10.09.2020 р.), ФК ІІІ за NYHA (17.09.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 2; **** – див. додаток 1.

21.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ; ІХС: дифузний кардіосклероз».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ІХС: дифузний кардіосклероз**; ХСН***: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 21.08.2019 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (20.08.2019 р.), 1-й ступінь (21.08.2019 р.); ризик ІІІ); ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 21.08.2019 р.); екстрасистолія****: шлуночкова, клас 2 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК ІІІ за NYHA (20.08.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.08.2020 р.)».

4. Основний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I11.0 ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (20.08.2019 р.), 1-й ступінь (21.08.2019 р.); ризик ІІІ); ІХС: дифузний кардіосклероз, атеросклерозне ураження ПВА >50,0 % (коронарографія 21.08.2019 р.); екстрасистолія: шлуночкова, клас 2 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 50,0 %); ФК ІІІ за NYHA (20.08.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.08.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 7; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 3.

22.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«ЛАГ; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«ЛАГ* (післятромбоемболійна**); ГХ***: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«ЛАГ: хронічна, післятромбоемболійна, недостатність ЛАК, ФК ІІІ за ВООЗ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:
«ЛАГ (ІІ стадія; хронічна; післятромбоемболійна (тромбоемболія дрібних гілок ЛА (14.03.2018 р.)); ІІ тип за S. W. Jamieson; недостатність ЛАК (І стадія); ФК ІІІ за ВООЗ (12.11.2019 р.), ФК ІІ за ВООЗ (18.11.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.11.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (19.11.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:
«І27.8. «ЛАГ (ІІ стадія; хронічна; післятромбоемболійна (тромбоемболія дрібних гілок ЛА (14.03.2018 р.)); ІІ тип за S. W. Jamieson; недостатність ЛАК (І стадія); ФК ІІІ за ВООЗ (12.11.2019 р.), ФК ІІ за ВООЗ (18.11.2019 р.)); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь, ризик ІІ; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.11.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (19.11.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 10; ** – див. додаток 11; *** – див. додаток 9; **** – див. додаток 1.

23.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:
«Перикардит».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:
«Перикардит*; ХСН**: ІІБ стадії».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:
«Перикардит: хронічний, середній ступінь перикардіального випоту; ГХ***: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН: ІІБ стадія; з проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«Перикардит: хронічний, конструктивний, перебіг із наростанням тяжкости, середній ступінь перикардіального випоту; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик II; ХСН: IIБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA».

4. Основний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I31.1 Перикардит: неуточненої етіології, хронічний, констриктивний, перебіг із наростанням тяжкости, середній ступінь перикардіального випоту; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (13.01.2020 р.), 1-й ступінь (15.01.2020 р.); ризик II; ХСН: IIБ стадії; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA (13.01.2020 р.), ФК II за NYHA (22.01.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 8; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

24.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС:ГКС; ГХ; СН: IIA стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: ГКС* без елевації сегмента ST нижньої стінки ЛШ; ГХ**: III стадія, 2-й ступінь; ХСН***: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: ГКС без елевації сегмента ST нижньої стінки ЛШ; ГХ: III стадія, 2-й ступінь, ризик III; ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: гострий (28.07.2019 р.) ІМ без елевації сегмента ST нижньої стінки ЛШ, післяінфарктна стенокардія**** (02.08.2019 р.); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (28.07.2019 р.), 1-й ступінь (31.07.2019 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA (28.07.2019 р.), ФК II за NYHA (07.08.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.4 ІХС: гострий (28.07.2019 р.) ІМ без елевації сегмента ST нижньої стінки ЛШ, післяінфарктна стенокардія (02.08.2019 р.); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (28.07.2019 р.), 1-й ступінь (31.07.2019 р.); ризик III); ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %); ФК III за NYHA (28.07.2019 р.), ФК II за NYHA (07.08.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 6.

25.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Набряк легень*».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Міокардит**; ГСН: набряк легень; ХСН***: ІІА стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «Міокардит; ГСН: набряк легень (12.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Міокардит: гострий, стафілококовий, дифузний, тяжкий перебіг; ГХ****: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІ; ГСН: набряк легень (12.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.10.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (22.10.2018 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «І41.0 Міокардит: гострий, стафілококовий, дифузний, тяжкий перебіг; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик ІІ; ГСН: набряк легень (12.10.2018 р.); ХСН: ІІА стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 36,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.10.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (22.10.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 12; ** – див. додаток 13; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 9.

26.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «Міокардит».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «Міокардит*: хронічний, тяжкий перебіг; ФП**; ХСН***: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «Міокардит: хронічний, тяжкий перебіг; ГХ****: ІІ стадія, 2-й ступінь; ФП: постійна форма, брадисистолічний варіант; ХСН: ІІБ стадія».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «Міокардит: хронічний, неуточнений, тяжкий перебіг; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (05.06.2018 р.), 1-й ступінь (06.06.2018 р.); ризик ІІ); ФП (персистентна форма; тахісистолічний варіант (06.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (09.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 2 бали); ХСН: ІІБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК ІІІ за NYHA (06.06.2018 р.), ФК ІІ за NYHA (13.06.2018 р.)».

4.Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I51.4 Міокардит: хронічний, неуточнений, тяжкий перебіг; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (05.06.2018 р.), 1-й ступінь (06.06.2018 р.); ризик II); ФП (персистентна форма; тахісистолічний варіант (06.06.2018 р.), нормосистолічний варіант (09.06.2018 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 5 балів; HAS – BLED 2 бали); ХСН: IIБ стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 40,0 %); ФК III за NYHA (06.06.2018 р.), ФК II за NYHA (13.06.2018 р.)».

Примітки: * – див. додаток 13; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 9.

27.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ДКМП; ФП».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ДКМП*; ФП** (постійна форма); ХСН***: IIБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ДКМП: змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; ГХ****: II стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали; ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %), ФК IV за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ДКМП: змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА (ЛАГ: хронічна, II стадія, ФК III за ВООЗ); ГХ: II стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик II; ФП (постійна форма; тахісистолічний (23.09.2020 р.), нормосистолічний варіант (26.09.2020 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 3 бали; HAS – BLED 2 бали); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA (23.09.2020 р.), ФК III за NYHA (02.10.2020 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.0 ДКМП: змішаний (декомпенсаційний і кардіальгійний) варіант; рецидивна тромбоемболія дрібних гілок ЛА (ЛАГ: хронічна, II стадія, ФК III за ВООЗ); ГХ: II стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь, ризик II; ФП (постійна форма; тахісистолічний (23.09.2020 р.), нормосистолічний варіант (26.09.2020 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 3 бали; HAS – BLED 2 бали); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf;

ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 22,0 %); ФК IV за NYHA (23.09.2020 р.), ФК ІІІ за NYHA (02.10.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 14;** – див. додаток 2; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 9.

28.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГКМП».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГКМП*; ГХ**; ХСН***: І стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма, тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 2-й ступінь; ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК ІІ за NYHA».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма, тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (11.09.2020 р.), 1-й ступінь (12.09.2020 р.); ризик ІІ); ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК ІІ за NYHA (11.09.2020 р.), ФК І за NYHA (17.09.2020 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «142.1 ГКМП: кардіальгійний варіант, обструктивна форма, тотальна гіпертрофія перегородки та вільної стінки ЛШ; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (11.09.2020 р.), 1-й ступінь (12.09.2020 р.); ризик ІІ); ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 72,0 %); ФК ІІ за NYHA (11.09.2020 р.), ФК І за NYHA (17.09.2020 р.)».

Примітки: * – див. додаток 14; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1.

29.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: дифузний кардіосклероз; ГХ; ФП».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: дифузний кардіосклероз*; ГХ**: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь; ФП***: постійна форма, тахісистолічний варіант; ХСН****: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: дифузний кардіосклероз; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія), 1-й ступінь; ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 4 бали, HAS – BLED 3 бали; ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«РКМП (амілоїдоз серця; аритмійний варіант); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (12.07.2019 р.), 1-й ступінь (13.07.2019 р.); ризик ІІ); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (12.07.2019 р.), нормосистолічний варіант (20.07.2019 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.07.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.07.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І42.3 РКМП (амілоїдоз серця; аритмійний варіант); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивна ретинопатія); 2-й ступінь (12.07.2019 р.), 1-й ступінь (13.07.2019 р.); ризик ІІ); ФП (постійна форма; тахісистолічний варіант (12.07.2019 р.), нормосистолічний варіант (20.07.2019 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 3 бали); ХСН: ІІБ стадія; зі систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 38,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.07.2019 р.), ФК ІІ за NYHA (24.07.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 2; **** – див. додаток 1.

30.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ГХ».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; ГХ**: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; блокада ЛНПГ***; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІІ; блокада ЛНПГ; ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; дифузний кардіосклероз*****); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (27.08.2020 р.), 1-й ступінь (29.08.2020 р.); ризик ІІІ);

блокада ЛНПГ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; дифузний кардіосклероз); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (27.08.2020 р.), 1-й ступінь (29.08.2020 р.); ризик ІІІ); блокада ЛНПГ; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 5; **** – див. додаток 1; ***** – див. додаток 7.

31.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ГХ; ІХС: нестабільна стенокардія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ГХ*: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ІХС: нестабільна стенокардія**; хронічна ревматична хвороба серця: МС*** (ІІ стадія); екстрасистолія (шлуночкова); ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик ІІ; ІХС: нестабільна стенокардія, тяжкість якої наростає (22.02.2019 р.); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, МС (ІІ стадія); екстрасистолія (шлуночкова); ХСН: ІІА стадія».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (22.02.2019 р.),1-й ступінь (25.02.2019 р.); ризик ІІ); ІХС (нестабільна стенокардія, тяжкість якої наростає (22.02.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (26.02.2019 р.), ФК ІІІ); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, МС (ІІ стадія); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І11.0 ГХ: (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (22.02.2019 р.), 1-й ступінь (25.02.2019 р.); ризик ІІ); ІХС (нестабільна стенокардія, тяжкість якої наростає (22.02.2019 р.); стабільна стенокардія навантаження (26.02.2019 р.), ФК ІІІ); хронічна ревматична хвороба серця: неактивна фаза, МС (ІІ стадія); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown; ХСН: ІІА стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 44,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див. додаток 6; *** – див. додаток 15; **** – див. додаток 1.

32.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ГХ».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ГХ*: ІІ стадія, 2-й ступінь; ІХС: безбольовий варіант**; ХСН***: І стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ГХ: ІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІ; ІХС: безбольовий варіант; ХСН: І стадія».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (30.04.2019 р.), 1-й ступінь (02.05.2019 р.); ризик ІІ); ІХС: безбольовий варіант, стенозувальний атеросклероз передньої міжшлуночкової гілки (ПМШГ) ЛВА (коронарографія 05.05.2019 р.); ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (30.04.2019 р.), ФК І за NYHA (07.05.2019 р.)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «І11.0 ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (30.04.2019 р.), 1-й ступінь (02.05.2019 р.); ризик ІІ); ІХС: безбольовий варіант, стенозувальний атеросклероз ПМШГ ЛВА (коронарографія 05.05.2019 р.); ХСН: І стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %); ФК ІІ за NYHA (30.04.2019 р.), ФК І за NYHA (07.05.2019 р.)».

Примітки: * – див. додаток 9; ** – див.додаток 6; *** – див. додаток 1.

33.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: ГКС; ГХ; ХСН: ІІБ стадія».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: гострий ІМ* зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ**: ІІІ стадія, 2-й ступінь; ГСН(08.09.2018 р.); ХСН***: ІІБ стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ІХС: гострий (08.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; ГХ: ІІІ стадія, 2-й ступінь, ризик ІІІ; ГСН: клас ІІІ за T. Killip (08.09.2018 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «ІХС (гострий (08.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; післяінфарктна стенокардія**** (15.09.2018 р.)); ГХ (ІІІ стадія; 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (09.09.2018 р.); ризик

III); ГСН: клас III за T. Killip (08.09.2018 р.), клас IV за T. Killip (10.09.2018 р.); ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК III за NYHA».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I21.2 IXC (гострий (08.09.2018 р.) ІМ зі зубцем Q, задньої стінки ЛШ та МШП; післяінфарктна стенокардія (15.09.2018 р.)); ГХ (III стадія; 2-й ступінь (08.09.2018 р.), 1-й ступінь (09.09.2018 р.); ризик III); ГСН: клас III за T. Killip (08.09.2018 р.), клас IV за T. Killip (10.09.2018 р.); ХСН: IIБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК III за NYHA».

Примітки: * – див. додаток 7; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 6.

34.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«IXC: стабільна стенокардія навантаження; ГХ: II стадія, 1-й ступінь».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«IXC: стабільна стенокардія навантаження*; ГХ**: II стадія, 2-й ступінь; ХСН***: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«IXC: стабільна стенокардія навантаження, ФК III; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«IXC: стабільна стенокардія навантаження (ФК III (09.02.2019 р.), ФК I (25.02.2019 р.)), стеноз міжшлуночкової гілки ЛВА – 85,0 %, стеноз ПВА – 50,0 % (коронарографія 09.02.2019 р.), МКШ (10.02.2019 р.); перикардит****: посткардіотомійний, гострий, із помірним випотом; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (09.02.2019 р.), 1-й ступінь (10.02.2019 р.); ризик II); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I.20.8 IXC: стабільна стенокардія навантаження (ФК III (09.02.2019 р.), ФК I (25.02.2019 р.)), стеноз міжшлуночкової гілки ЛВА – 85,0 %, стеноз ПВА – 50,0 % (коронарографія 09.02.2019 р.), МКШ (10.02.2019 р.); перикардит: посткардіотомійний, гострий, із помірним випотом; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (09.02.2019 р.), 1-й ступінь (10.02.2019 р.); ризик II); ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 52,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** див.додаток 9; *** – див. додаток 1; **** – див. додаток 8.

35.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІЕ МК; ФП; ускладнені гострим (12. 03. 2019 р.) Q-ІМ бічної стінки ЛШ; ХСН: ІІБ стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІЕ* МК; ФП** (постійна форма); ускладнені гострим (12. 03. 2019 р.) Q-ІМ*** бічної стінки ЛШ; ГСН (12.03.2019 р.); ХСН****: ІІБ стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІЕ: первинний, МК; ФП (постійна форма); ускладнені гострим (12.03.2019 р.) Q-ІМ бічної стінки ЛШ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (12.03.2019 р.); ХСН: ІІБ стадія; ФК ІІІ за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІЕ (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; активна фаза, активність ІІІ ступеня; недостатність МК***** (ІІІ стадія)); ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали; ускладнені гострим (12.03.2019 р.) ІМ зі зубцем Q бічної стінки ЛШ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (12.03.2019 р.), клас ІІІ за Т. Killip (13.03.2019 р.), клас ІV за Т. Killip (13.03.2019 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0%); ФК ІІІ за NYHA (12.03.2019 р.), ФК ІV за NYHA (13.03.2019 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І33.0 ІЕ (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; активна фаза, активність ІІІ ступеня; недостатність МК (ІІІ стадія)); ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA 3, CHA_2DS_2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали; ускладнені гострим (12.03.2019 р.) ІМ зі зубцем Q бічної стінки ЛШ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (12.03.2019 р.), клас ІІІ за Т. Killip (13.03.2019 р.), клас ІV за Т. Killip (13.03.2019 р.); ХСН: ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0%); ФК ІІІ за NYHA (12.03.2019 р.), ФК ІV за NYHA (13.03.2019 р.)».

4.2. Посмертний діагноз:

4.2.1. Клінічний діагноз:

«І33.0 ІЕ (первинний; спричинений Pseudomonas aeroginosa; активна фаза, активність ІІІ ступеня; недостатність МК (ІІІ стадія)); ФП: постійна форма, тахісистолічний варіант, EHRA3, CHA2DS2 – VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали; ускладнені гострим (12.03.2019 р.) ІМ зі зубцем Q бічної стінки ЛШ; ГСН: клас ІІ за Т. Killip (12.03.2019 р.), клас ІІІ за Т. Killip (13.03.2019 р.), клас ІV за Т. Killip (13.03.2019 р.); ХСН (ІІБ стадія; із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ 35,0 %); ФК ІІІ за NYHA (12.03.2019 р.), ФК ІV за NYHA (13.03.2019 р.)); інфаркт селезінки; набряк головного мозку».

4.2.2. Патолого-анатомічний діагноз:

«ІЕ МК бактеріологічне дослідження вегетацій із клапана № 341 (14.03.2019 р.): Pseudomonas aeroginosa; недостатність МК; ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця 390,0 г, товщина стінки ЛШ 2,0 см, правого – 0,6 см) з вираженою дилятацією порожнин серця; тромбоемболійний синдром (тромбобактеріальний ембол у ЛВА, ІМ в ділянці бічної стінки ЛШ з нагноєнням; інфаркт у обох нирках; хронічне загальне венозне повнокрів'я внутрішніх органів (бура індурація легень, «мускатна печінка», «ціанозна» індурація нирок і селезінки); інфаркт селезінки; набряк легень і головного мозку».

Примітки: * – див. додаток 4; ** – див. додаток 2; *** – див. додаток 7; **** – див. додаток 1; ***** – див. додаток 15.

36.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ГХ; стан після протезування АК».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*, ФК ІІІ; ГХ**: ІІ стадія, 2-й ступінь; стан після протезування КА*** з приводу дегенеративної аортальної вади серця з перевагою стенозу; ХСН****: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, кризовий перебіг, ризик ІІІ; стан після протезування КА з приводу дегенеративної аортальної вади серця з перевагою стенозу IV стадії (09.12.2008 р.); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 64,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (21.01.2020 р.), 1-й ступінь (24.01.2020 р.); кризовий перебіг; ризик ІІІ); стан після протезування КА з приводу дегенеративної аортальної вади серця з перевагою стенозу IV стадії (09.12.2008 р.); екстрасистолія*****: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 64,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (21.01.2020 р.), 1-й ступінь (24.01.2020 р.); кризовий перебіг; ризик ІІІ); стан після протезування КА з приводу дегенеративної аортальної вади серця з перевагою

стенозу IV стадії (09.12.2008 р.); екстрасистолія: шлуночкова, клас 3 за B. Lown і M. Wolf; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 64,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 15; **** – див. додаток 1; ***** – див. додаток 3.

37.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження*; синдром слабкости синусового вузла**».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження; ГХ***: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; синдром слабкости синусового вузла; ХСН****: IIA стадія».
3. **Клінічний діагноз:**
   3.1. **Попередній діагноз:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик III; синдром слабкости синусового вузла; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».
   3.2. **Власне клінічний діагноз:**
   «ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (23.08.2016 р.), 1-й ступінь (25.08.2016 р.); ризик III); синдром слабкости синусового вузла; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».
4. **Остаточний діагноз:**
   4.1. **Клінічний діагноз:**
   «I20.8 ІХС: стабільна стенокардія навантаження, ФК II; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (23.08.2016 р.), 1-й ступінь (25.08.2016 р.); ризик III); синдром слабкости синусового вузла; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 58,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 5; *** – див. додаток 9; **** – див. додаток 1.

38.

1. **Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:**
   «РКМП; ТП (тахісистолічний варіант)».
2. **Попередній діагноз під час шпиталізації:**
   «РКМП*; ГХ**: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ТП***: перманентна форма, тахісистолічний варіант; ХСН****: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«РКМП; ГХ: II стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь, ризик III; ТП: перманентна форма, тахісистолічний варіант; ХСН: IIA стадія; із проміжними показниками ФВ ЛШ (ФВ 48,0 %); ФК III за NYHA».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«РКМП: відносна недостатність ТК; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (15.05.2015 р.), 1-й ступінь (17.05.2015 р.); ризик III); ТП (перманентна форма; тахісистолічний варіант (15.05.2015 р.), нормосистолічний варіант (20.05.2015 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 2 бали); блокада ПНПГ; ХСН: IIБ стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК III за NYHA (15.05.2015 р.), ФК II за NYHA (22.05.2015 р.)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«I42.3 РКМП: відносна недостатність ТК; ГХ (II стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (15.05.2015 р.), 1-й ступінь (17.05.2015 р.); ризик III); ТП (перманентна форма; тахісистолічний варіант (15.05.2015 р.), нормосистолічний варіант (20.05.2015 р.); EHRA 3; CHA_2DS_2 – VASc 4 бали; HAS – BLED 2 бали); блокада ПНПГ; ХСН: IIБ стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 51,0 %); ФК III за NYHA (15.05.2015 р.), ФК II за NYHA (22.05.2015 р.)».

Примітки: * – див. додаток 14; ** – див. додаток 9; *** – див. додаток 2; **** – див. додаток 1.

39.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження*, післяінфарктний кардіосклероз** (ІМ, 2015 р.); ГХ***: III стадія, 1-й ступінь; ХСН****: IIA стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без зубця Q (04.07.2015 р.)); ГХ: III стадія,1-й ступінь; ХСН: IIA стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стабільна стенокардія навантаження, післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без зубця Q (04.07.2015 р.)); ГХ: III стадія (гіпертензивне серце), 1-й ступінь; ХСН: IIA стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 65,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК III; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без зубця Q передньоперегородково-верхівкової

ділянки ЛШ (04.07.2015 р.)); стентування міжшлуночкової артерії та ОГЛВА (30. 10. 2015 р., елютинг-стент)); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (30.09.2016 р.), 1-й ступінь (01.10.2016 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 65,0 %)»

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.8 ІХС (стабільна стенокардія навантаження, ФК ІІІ; післяінфарктний кардіосклероз (ІМ без зубця Q передньоперегородково-верхівкової ділянки ЛШ (04.07.2015 р.)); стентування міжшлуночкової артерії та ОГЛВА (30. 10. 2015 р., елютинг-стент)); ГХ (ІІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (30.09.2016 р.), 1-й ступінь (01.10.2016 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 65,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 7; *** – див. додаток 9; **** – див. додаток 1.

40.

1. Діагноз, сформульований лікарем лікувального закладу, який скеровує хворого (хвору) в клініку:

«ІХС: нестабільна стенокардія*; ХСН**: ІІА стадія».

2. Попередній діагноз під час шпиталізації:

«ІХС: стенокардія із наростанням тяжкости (01.03.2018 р.); ГХ***: ІІ стадія, 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія».

3. Клінічний діагноз:

3.1. Попередній діагноз:

«ІХС: стенокардія із наростанням тяжкости (01.03.2018 р.); ГХ: ІІ стадія (гіпертензивне серце), 2-й ступінь; ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %)».

3.2. Власне клінічний діагноз:

«ІХС (стенокардія із наростанням тяжкости (01.03.2018 р.); стабільна стенокардія навантаження (05.03.2018 р.), ФК ІІ); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (01.03.2018 р.), 1-й ступінь (03.03.2018 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %)».

4. Остаточний діагноз:

4.1. Клінічний діагноз:

«І20.0 ІХС (стенокардія із наростанням тяжкости (01.03.2018 р.); стабільна стенокардія навантаження (05.03.2018 р.), ФК ІІ); ГХ (ІІ стадія (гіпертензивне серце); 2-й ступінь (01.03.2018 р.), 1-й ступінь (03.03.2018 р.); ризик ІІІ); ХСН: ІІА стадія; зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ 62,0 %)».

Примітки: * – див. додаток 6; ** – див. додаток 1; *** – див. додаток 9.

Список літератури

1. Абрагамович ОО, Абрагамович МО, Кристопчук СА, Абрагамович УО, Федець АБ, Лещук ЯЛ та ін. Діагноз у клініці внутрішніх хвороб: вирішені та дискусійні питання. Український терапевтичний журнал. 2007;2(14):107–111.
2. Абрагамович ОО, Фаюра ОП, Абрагамович УО. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення перше). Львівський клінічний вісник. 2015;4(12):56–64.
3. Абрагамович ОО, Фаюра ОП, Абрагамович УО. Коморбідність: сучасний погляд на проблему; класифікація (повідомлення друге). Львівський клінічний вісник. 2016;1(13):31–39.
4. Абрагамовича ОО, ред. Сучасні класифікації та принципи формулювання діагнозів у клініці внутрішніх хвороб. Навчальний посібник. Львів; Київ; Івано-Франківськ; 2005. 321 с.
5. Амосова КМ. Кардіоміопатії: сучасний погляд на питання класифікації, етіології, діагностики та диференційної діагностики. Ч. 1. Серце і судини. 2016;2:7–18.
6. Андрущенко ЄВ, Красовська ЄА. Функціональні захворювання серцево-судинної системи та органів дихання. К.: Здоров’я; 1990.
7. Воронков ЛГ, Амосова КМ, Дзяк ГВ та ін. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017). Серцева недостатність та коморбідні стани. 2017;1(1 дод):1–64.
8. Горда ІІ. Пролапс мітрального клапана як актуальна проблема сьогодення. Український науково-медичний молодіжний журнал. 2010;1:36-40.
9. Грицюк АІ, Нетяженко ВЗ, Пелещук АП. Невідкладні стани у клініці внутрішніх хвороб. Грицюк АП, ред. К.: Здоров'я; 1985. 590 с.
10. Денесюк ВІ, Процюк РГ, ред. Впровадження діагностичних, прогностичних та лікувальних шкал з внутрішньої медицини у навчальний процес підготовки студентів та лікарів післядипломної освіти. Навчальний посібник. К.: Центр ДЗК; 2017. 168 с.
11. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації. К., 2011.
12. Діагностика та лікування фібриляції передсердь. Рекомендації Робочої рупи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України. К., 2014. 167 с.
13. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування. Асоціація кардіологів України. 2015.
14. Керівництва європейських експертів з профілактики серцево-судинних хвороб у клінічній практиці. 2016.
15. Керівництво Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства боротьби з атеросклерозом. Ведення пацієнтів з дисліпідеміями. 2016.
16. Кількісна ехокардіографічна оцінка порожнин серця Рекомендації робочої групи з функціональної діагностики Асоціації кардіологів України та Всеукраїнської асоціації фахівців з ехокардіографії Члени робочої групи з підготовки рекомендацій: Коваленко ВМ, Сичов ОС, Долженко ММ, Іванів ЮА, Деяк СІ, Поташев СВ, Носенко НМ. 2016.

17. Класифікація, стандарти діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця. Рекомендації Робочої групи з порушень ритму серця АКУ. 2016. 135 с.
18. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів. Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.). Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики. Марухно ТВ., ред. К.: МНІАЦ мед. статистики: Медінформ; 2015. 273 с.
19. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування гострої серцевої недостатності: оновлення 2014 року. Спільні рекомендації Асоціації кардіологів, Асоціації з невідкладної кардіології та Асоціації анестезіологів-реаніматологів України.
20. Коваленко ВМ, Лутай МІ, Сіренко ЮМ, ред. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти, діагностика та лікування. К., 2011. 128 с.
21. Коваленко ВМ, Несукай ОГ, Ватутін МТ та ін. Діагностика та лікування міокардиту: рекомендації робочої групи з хвороб міокарда, перикарда, ендокарда та клапанів серця Асоціації кардіологів України (проєкт). Український кардіологічний журнал. 2014;3:15–21.
22. Коваленко ВМ, ред. Керівництво з кардіології. К.: Моріон; 2008. 1424 с.
23. Кривенко ВІ, Пахомова СП, Федорова ОП та ін. Основи формулювання клінічного діагнозу та визначення умов надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями внутрішніх органів: навчальний посібник для лікарів, клінічних ординаторів, лікарів загальної (сімейної) практики, лікарів терапевтичного спрямування, а також для лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» та «внутрішні хвороби». Запоріжжя: АА Тандем; 2017. 432 с.
24. Латогуз ІК, ред. Класифікації та діагностичні критерії в клініці внутрішніх хвороб. 1992.
25. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10). Женева: ВООЗ. 1995;1(1 частина):499-500.
26. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем здоров’я; 10-й перегляд: В 4 т. Всесвітня організація охорони здоров’я, Женева. 1998.
27. Молчанов МВ. Гипотонические состояния. К.: Здоров’я; 1988. 309 с.
28. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». Український кардіолологічний журнал. 2006;6:89–115.
29. Наказ від 29 серпня 2008 року № 503 «Про затвердження методичних рекомендацій «Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду».
30. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 08.10.1998 р. № 297.
31. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 15.06.2016 р. № 597 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при фібриляції передсердь».
32. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 21.06.2016 р. № 614 «Легенева гіпертензія у дорослих. Уніфікований клінічний протокол та настанова».
33. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 17.08.2007 р. № 487 «Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на вегето-судинну дистонію».

34. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3.03.2016 р. № 164 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST».
35. Орлов ВН. Керівництво по електрокардіографії 10-е видання. 2020. 560 с.
36. Профілактика серцево-судинних захворювань. Рекомендації Європейського товариства кардіологів. 2012.
37. Ратнер НА. Артеріальні гіпертонії. Москва: Медицина; 1974. с. 79–128.
38. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению легочной гипертензии. 2015.
39. Рекомендації АКУ, Асоціації з невідкладної кардіології, Асоціації судинних хірургів, Асоціації кардіохірургів, Асоціації пульмонологів, Асоціації анестезіологів-реаніматологів України. Діагностика та лікування гострої тромбоемболії легеневої артерії. 2016.
40. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з діагностики та лікування захворювань перикарда. 2015.
41. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з лікування фібриляції передсердь. 2016.
42. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з профілактики. діагностики та лікування інфекційного ендокардиту. 2015.
43. Рекомендації Європейського товариства кардіологів. Діагностика і лікування хронічної серцевої недостатності. 2016.
44. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Коваленко ВМ, Лутай МІ, Сіренко ЮМ, Сичов ОС, ред. К.: Моріон; 2018. 191 с.
45. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Коваленко ВМ та ін., ред. 3-тє вид., переробл. і допов. К.: Моріон; 2018. 223 с.
46. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Коваленко ВМ, Лутай МІ, Сіренко ЮМ, ред. К.: Бізнес Поліграф; 2008. 127 с.
47. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. Коваленко ВМ, Лутай МІ, Сіренко ЮМ, Сичов ОС, ред. К.: Моріон; 2020. 247 с.
48. Скибчик ВА, Соломенчук ТМ. Практичні аспекти сучасної кардіології. Львів: Мс; 2017. 415 с.
49. Стражеско НД. Вибрані праці. К.: Видавництво Академії наук Української РСР; 1957. 365 с.
50. Струков АІ, Сєров ВВ. Патологічна анатомія: Підручник. Пер. з рос. 4-го вид., стереотипне. Х.: Факт; 2004. 151 с.
51. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Мостовий ЮМ, ред. 23-те вид., доп. і перероб. К.: Центр ДЗК; 2018. 791 с.
52. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 за № 455.
53. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третиної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента ST. Наказ Міністерства охорони здоров'я 3.03.2016 №164.

54. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Наказ Міністерства 2 охорони здоров'я 24.05.2012 № 384
55. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564.
56. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при ТЕЛА. Наказ Міністерства охорони здоров'я 15 січня 2014 року № 34.
57. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця. Наказ Міністерства охорони здоров'я 2.03.2016 № 152.
58. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при легеневій гіпертензії у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2016 № 614.
59. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Проект, 2016.
60. Чуриліна АВ, Мациніна МА. Пролапс мітрального клапана у педіатрії: класифікація, сучасні погляди на етіологію, клініку, діагностику. Здоров'я дитини. 2007;3(6).
61. Adler Y, Charron Ph, Imazio M et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015;36:2921–2964.
62. Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, Bryant WJ, Callans DJ, Curtis AB et al. 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2018;72:1677-1749.
63. Bigger JT, Fleiss JL, Kleiger R, Miller JP, Rolnitzky LM. The relationships among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction, and mortality in the 2 years after myocardial infarction. Circulation. 1984;69(2):250-258.
64. Catapano AL, Graham I, De Backer G et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Assocciation for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37(38):2999–3058.
65. Debakey ME, Henly WS, Cooley DA, Morris GC, Crawford ES, Beall AC. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. J Thorac Cardiovasc Surg. 1965;49:130-149.
66. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American

Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2014;63(25):2960-2984.

67. Elliott P, Andersson B, Arbustini E et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the european society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. Eur Heart J. 2008;29(2):270-276.
68. Elliott PM, Anastasakis A, Borger MA et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy The Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2014;35:2733-2779.
69. Erbel R, Aboyans V, Boileau C et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2014;35(41):2873-2926.
70. Fredrickson DS, Lees RS. A system for phenotyping hyperlipoproteinemia. Circulation. 1965;31:321-327.
71. Horowitz MS, Schultz CS, Stinson EB, Harrison DC, Popp RL. Sensitivity and specificity of echocardiographic diagnosis of pericardial effusion. Circulation. 1974;50(2):239-247.
72. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;79(2):119-177.
73. International Statistical CIassification of Diseasesand Related Health Problems (ICD-10). 10th Revision. Vol. 1. Geneva, 1992.
74. Jamieson SW, Kapelanski DP. Pulmonary endarterectomy. Curr Prob Surg. 2000;37:165-252.
75. Kaplan N. Clinical hypertension. Sixth edition. Baltimore: Willifins & Wilkins; 1994. 462 p.
76. Kaplan N. Kaplan's Clinical Hypertension 10th Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 457 p.
77. Killip T, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. Am J Cardiol. 1967;20(4):457-464.
78. Kim SG, Fogoros RN, Furman S, Connolly SJ, Kugk KH, Moss AJ. Standardized Reporting of ICD Patient Outcome: The Report of a North American Society of Pacing and Electrophysiology Policy Conference, February 9-10, 1993. Pacing Clin Electrophysiol. 1993;16(7 Pt 1):1358-1362.
79. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESCEndorsed by the European Stroke Organisation (ESO). Eur Heart J. 2016;37:2893-2962.
80. Le Gal GRighini MRoy P-M et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. Ann Intern Med. 2006;144(3):165-171.

81. Lieberman EB, Hutchins GM, Herskowitz A, Rose NR, Baughman KL. Clinicopathologic description of myocarditis. J Am Coll Cardiol. 1991;18(7):1617-1626.
82. Lown B, Wolf M. Approach to sudden death from coronary heart disease. Circulation. 1971;44:130-142.
83. Myerburg RJ, Huikuri HV, Castellanos A. Origins classification and significance of ventricular arrhythmias. Spooner PM, Rosen MR, eds. Foundations of Cardiac Arrythmias. New York; Basel: Marcel Dekker Inc.; 2001:547-569.
84. Nolan JP, Hazinski MF, Aickin R, Bhanji F, Billi JE, Callaway CW et al. Executive Summary: 2015 International Consensus on cardiopulmonary Resudcitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part I. Resuscitation 2015;95:e1-31.
85. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-2200.
86. Roffi M, Patrono C, Collet JP et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37:267-315.
87. Svensson LG, Labib SB, Eisenhauer AC, Butterly JR. An important variant of aortic dissection that can elude current imaging techniques. Circulation. 1999;99:1331-1336.
88. Taler SJ. Secondary causes of hypertension. Prim Care. 2008;35(3):489-500.
89. Wells PS, Hirsh J, Anderson DR, Lensing AW, Foster G, Kearon C et al. Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis. Lancet. 1995;345(8961):1326-1330.
90. Williams LK, Frenneaux MP, Steeds RP. Echocardiography in hypertrophic cardiomyopathy diagnosis, prognosis, and role in management. Eur J Echocardiogr. 2009;10(8):9-14.

Додаток І
Клінічні класифікації, що їх використано в посібнику

Додаток 1

1. Класифікація хронічної серцевої недостатности
(М. Д. Стражеско, В. Х. Василенко, 1935)

І стадія (початкова, прихована): виявляється лише під час фізичного навантаження (задишка, тахікардія, втомлюваність); у спокої гемодинаміка, функції органів не порушені;

ІІ стадія (виражена, тривала): порушення гемодинаміки (застій у малому й великому колі кровообігу), порушення функції органів і обміну речовин виражені у спокої:

- період А (початок тривалої стадії) – порушення гемодинаміки виражене помірно; фіксується порушення функції серця або тільки якогось із його відділів;
- період Б (кінець тривалої стадії) – глибокі порушення гемодинаміки, вражається уся ССС;

ІІІ стадія (кінцева, дистрофійна) – дистрофійна недостатність кровообігу; тяжке порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин і функцій органів, незворотні зміни структури тканин і органів.

2. Класифікація хронічної серцевої недостатности відповідно до фракції викиду лівого шлуночка
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

- **Із систолічною дисфункцією ЛШ:** ФВ ЛШ <40,0 %;
- **Із проміжними показниками ФВ ЛШ** 40,0–49,0 %;
- **Зі збереженою систолічною функцією ЛШ**: ФВ ЛШ ≥50,0 %.

3. Функціональні класи кардіологічних хворих
(Нью-Йоркська асоціація серця (New York Heart Association – NYHA), 1964)

ФК І – хворі, у яких виконання звичайних фізичних навантажень не провокує задишку, втому чи серцебиття;

ФК ІІ – хворі з помірним обмеженням фізичної активности; задишка, втома, серцебиття спостерігаються під час виконання звичайних фізичних навантажень;

ФК ІІІ – хворі з вираженим обмеженням фізичної активности; у стані спокою скарг немає, але навіть під час незначних фізичних навантажень виникають задишка, втома, серцебиття;

ФК ІV – хворі, у яких будь-яка фізична активність спричинює зазначені вище суб'єктивні симптоми; останні виникають і в стані спокою.

Додаток 2

1. Клінічні типи фібриляції передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	Опис
Уперше діагностована ФП	ФП, що її не діагностовано раніше, незалежно від тривалости аритмії чи тяжкости спричинених нею симптомів
Пароксизмальна ФП	ФП, що самостійно припиняється переважно до 48 год. Деякі пароксизми можуть тривати до семи діб, а епізоди ФП знімаються кардіоверсією
Персистивна ФП	ФП, що триває понад сім днів, включаючи епізоди, які знімаються після кардіоверсії або медикаментозно через сім діб чи більше
Тривало персистивна ФП	Тривалий епізод ФП понад рік, за умови вибору стратегії контролю ритму
Постійна ФП	ФП, коли хворий і лікар разом прийняли рішення не намагатися відновлювати синусовий ритм. Відповідно, проводити інтервенційні втручання, спрямовані на контроль ритму, не потрібно. Однак якщо рішення приймається на користь стратегії контролю ритму, то аритмію слід класифікувати як тривало персистивну ФП

2. Клінічна класифікація фібриляції передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Тип фібриляції передсердь	Клінічні ознаки	Можливі патофізіологічні механізми
1	2	3
Вторинна ФП у хворих зі структурними хворобами серця	ФП у хворих із систолічною або діастолічною дисфункцією ЛШ, тривалою АГ з ГЛШ і/або іншими структурними хворобами серця	Підвищений тиск у передсердях і їх структурне ремоделювання, а також активація симпатоадреналової і ренін-ангіотензинової систем
Фокусна ФП	Хворі з повторними передсердними пароксизмами, короткими епізодами пароксизмальної ФП. Часто хворі	Локалізовані тригери, які здебільшого виникають у легеневих венах, ініціюють ФП

1	2	3
	молодого віку з клінічними симптомами ФП	
Полігенна ФП	ФП у хворих із носіями загальних варіантів генів, спричинених ранньою появою ФП	Нині вивчаються
Післяопераційна ФП	Виникнення ФП після великої операції (переважно на серці) у хворих із синусовим ритмом до операції і без анамнезу ФП	Гострі чинники: запалення, оксидативний стрес у передсердях, високий симпатичний тонус, диселектролітемія і перевантаження об'ємом крови
ФП у хворих із МС або протезами клапанів серця	ФП у хворих із МС після операції на МК та на інших клапанах серця	Високий тиск у ЛП (стеноз) і перевантаження об'ємом крови (регургітація)
ФП у спортсменів	Зазвичай пароксизм є наслідком тривалого й інтенсивного тренування	Підвищений вагусний тонус і збільшений об'єм передсердь
Моногенна ФП	ФП у хворих зі спадковими КМП та каналопатіями	Аритмогенні механізми, що призводять до раптової смерти

3. Класифікація фібриляції передсердь за модифікованою шкалою

(Європейська асоціація серцевого ритму (European Heart Rhythm Associaton – **EHRA**) /
Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

Модифікований клас за шкалою EHRA (Європейська асоціація серцевого ритму)	**Симптоми**	**Характеристика**
1	2	3
1	Немає	ФП не провокує появу будь-яких симптомів
2a	Легкі	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП
2b	Помірні	Звичайна повсякденна активність не призводить до появи симптомів ФП, однак хворих турбує можливість їх появи

1	2	3
3	Виражені	Звичайна повсякденна активність призводить до появи симптомів ФП
4	Інвалідизуючі	Звичайна повсякденна активність неможлива

4. Шкала оцінки ризику тромбоемболійних ускладнень у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь (CHA_2DS_2-VASc)

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)
(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь (Наказ МОЗ України від 16.06.2016 р. № 597))

Критерії	Бали
Інсульт, ТІА або артеріальна тромбоемболія в анамнезі	2
Вік 75 років і більше	2
АГ	1
ЦД	1
Застійна ХСН / дисфункція ЛШ (ФВ <40,0 %)	1
Судинна хвороба (ІМ в анамнезі, периферійний атеросклероз, атеросклерозні бляшки в аорті)	1
Вік 65–74 роки	1
Жіноча стать	1

Ризик тромбоемболійних ускладнень за сумою балів за шкалою CHA_2DS_2-VASc

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)

0 балів	0 % за рік
1 бал	1,3 % за рік
2 бали	2,2 % за рік
3 бали	3,2 % за рік
4 бали	4,0 % за рік
5 балів	6,7 % за рік
6 балів	9,8 % за рік
7 балів	9,6 % за рік
8 балів	6,7 % за рік
9 балів	15,2 % за рік

5. Шкала HAS-BLED для оцінювання ризику кровотечі у хворих із фібриляцією/тріпотінням передсердь

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2016)
(Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – фібриляція передсердь (Наказ МОЗ України від 16.06.2016 р. № 597))

АГ (САТ) >160 мм рт. ст.) – 1 бал.

Порушення функції нирок (постійний гемодіаліз, трансплантація нирки, або креатинін >200,0 мкмоль/л) – 1 бал.

Порушення функції печінки: хронічні хвороби печінки (наприклад, цироз печінки) або біохімічні ознаки значного ураження печінки (показник білірубіну вдвічі вищий за верхню межу норми в поєднанні з підвищенням активности АсТ, АлТ і ЛФ втричі щодо верхньої межі норми) – 1 бал.

Інсульт (підтверджений інсульт у анамнезі) – 1 бал.

Кровотеча (кровотеча в анамнезі, геморагічний діатез або анемія) – 1 бал.

Нестійке МНВ: нестабільне або високе МНВ чи відхилення від референтних показників більш ніж 40,0 % часу – 1 бал.

Похилий вік (65 років і більше) – 1 бал.

Лікарські засоби (застосування лікарських засобів, що підвищують ризик кровотеч, таких як антикоагулянти, НПЛЗ) – 1 бал.

Алкоголь (більш ніж 8 склянок алкогольних напоїв за тиждень) – 1 бал.

Ризик кровотечі вважається високим, якщо за шкалою HAS – BLED є три бали і більше.

Додаток 3

Клінічна систематизація шлуночкових порушень ритму

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Критерії систематизації	Систематизація
1	2
І. Кількість, морфологія і градація ШЕ (за B. Lown і M. Wolf, 1971)	0 – відсутність ШЕ 1 – рідкісні, мономорфні (≤30/год) 2 – часті, монотопні (>30/год) 3 – поліморфні 4а – парні ШЕ 4б – «пробіжки» ШТ із 3 комплексів і більше 5 – ранні («R на Т») ШЕ
ІІ. Тривалість пароксизму ШТ	• «Пробіжка» ШТ – 3–5 послідовних шлуночкових комплексів • Нестійка ШТ – шість і більше послідовних шлуночкових скорочень тривалістю до 30,0 с і ЧШС >100 уд./хв (тривалість циклу <600,0 мс), що минає самостійно

1	2
	• Стійка ШТ – тривалість >30,0 с і/або така ШТ, що потребує корекції через порушення гемодинаміки
ІІІ. Характер змін на ЕКГ під час пароксизму ШТ	• Мономорфна ШТ – з однорідною ЕКГ-морфологією комплексу • Поліморфна ШТ – з нестабільною або поліморфною ЕКГ-морфологією комплексу QRS, тривалість циклу до 600–180 мс
	• Тахікардія re-entry з блокадою ніжки пучка В. Гіса – ШТ за механізмом re-entry зі залученням системи В. Гіса – Я. Е. Пуркіньє, зазвичай із морфологією блокади ЛНПГ (переважно наявна у хворих із КМП) • Пірует-тахікардія – ШТ, асоційована з подовженим інтервалом Q-T або коригованим інтервалом Q-T, що на ЕКГ характеризується «обертанням» верхівки комплексів QRS навколо ізоелектричної лінії у хворих із аритмією • Двоспрямована ШТ – ШТ з відхиленням під час скорочення осі комплексу QRS у фронтальній площині, часто асоційована з глікозидною інтоксикацією
IV. Прогностичне значення шлуночкових аритмій (J. T. Bigger, 1993)	• Доброякісні (безпечні) • Потенційно злоякісні • Злоякісні

Додаток 4

1. Класифікація інфекційного ендокардиту

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2009)

І. Класифікація ІЕ за локалізацією інфекції та наявністю інтракардіальних пристроїв:
1. Лівобічний ІЕ власних клапанів.
2. Лівобічний ІЕПК:
   1) ранній ІЕПК: менш ніж один рік після операції на клапанах;
   2) пізній ІЕПК: понад один рік після операції на клапанах.
3. Правобічний ІЕ.
4. ІЕ за наявности пристрою (постійний водій ритму або кардіовертер-дефібрилятор).

ІІ. Класифікація ІЕ за способом набуття:
1. Ятрогенний ІЕ:
   1) нозокоміальний: у хворих, ушпиталених більш ніж за 48 год до появи ознак / симптомів ІЕ;

2) ненозокоміальний: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який до цього отримував медичну допомогу у вигляді:
   а) амбулаторного внутрішньовенного лікування, гемодіалізу або внутрішньовенної фармакотерапії за 30 днів до того, як діагностовано ІЕ;
   б) або шпиталізації до відділення інтенсивної терапії у період менш ніж 90 днів до того, як діагностовано ІЕ;
   в) або перебування в хоспісі чи будинку для людей похилого віку.

2. Позалікарняний ІЕ: ознаки і/або симптоми ІЕ з'явилися менш ніж через 48 год після шпиталізації хворого, який не відповідає критеріям ятрогенної інфекції.
3. ІЕ наркозалежних: ІЕ у ін'єкційних наркозалежних, якщо немає альтернативних джерел інфекції.

ІІІ. Класифікація ІЕ за активністю:
1. Активний:
   1) ІЕ зі стійкою гарячкою й позитивним бактеріологічним дослідженням крови;
   2) або в разі хірургічного втручання – морфологічно активний запальний процес;
   3) або позитивна динаміка в результаті лікування антибіотиками;
   4) або гістопатологічне доведення активности ІЕ.
2. Рецидивний ІЕ:
   1) рецидив: повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, менш ніж через шість місяців після виникнення першого епізоду;
   2) реінфекція:
      а) інфікування іншим мікроорганізмом;
      б) повторення епізодів ІЕ, спричиненого тим самим мікроорганізмом, більш ніж через шість місяців після першого випадку.

2. Класифікація інфекційного ендокардиту

(XVI Національний конгрес кардіологів, 2015/
Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

І. Активність процесу:
1. Активний ІЕ:
   - ІЕ зі стійкою гарячкою і лабораторним підтвердженням наявности інфекційної етіології хвороби дослідженням гемокультури;
   - хірургічно виявлені ознаки активного запалення;
   - гістопатологічне підтвердження активного ІЕ.
2. Неактивний ІЕ.

ІІ. ІЕ відповідно до локалізації й наявности чи відсутности внутрішньосерцевого чужорідного матеріалу:
   - ІЕ нативного клапана з ураженням лівих відділів серця;

- ІЕПК з ураженням лівих відділів серця.

Ранній ІЕПК (менш як один рік після оперативного втручання на клапані).

Пізній ІЕПК (понад рік після оперативного втручання на клапані):

- ІЕ із ураженням правих відділів серця;
- ІЕ за наявности штучного водія ритму й інших пристроїв (кардіовертер-дефібрилятор та ін.).

III. ІЕ залежно від способу виникнення:

- асоційований із медичним втручанням:
- нозокоміальний, ненозокоміальний;
- позалікарняний;
- у результаті внутрішньовенного введення наркотиків.

IV. Ускладнення:

- рецидив – повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником, у період до шести місяців після первинної хвороби;
- реінфекція – ІЕ , спричинений іншим збудником, або повторний епізод ІЕ, спричинений тим самим збудником через шість місяців і більше після первинної хвороби.

V. ХСН: 0–III стадія; ФК I-IV за NYHA.

Додаток 5

1. Класифікація порушень ритму та провідности серця

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Порушення утворення імпульсу

– синусова тахікардія (понад 90 комплексів за 1 хв):
- синусова брадикардія (менш ніж 60 комплексів за 1 хв);
- синусова аритмія;
- зупинка (відмова) синусового вузла;

– вислизаючі комплекси та ритми:
- передсердні:
  - повільні;
  - прискорені;
- з АВ-з'єднанням:
  - повільні;
  - прискорені;
- шлуночкові:
  - повільні;
  - прискорені;

– АВ-дисоціації;

– міграція надшлуночкового водія ритму.

Екстрасистолія:

– передсердна;

– передсердно-шлуночкова;
– ШЕС:
• поодинокі (до 30 ектопічних комплексів за 1 год);
• часта (30 ектопічних комплексів і більше за 1 год);
• алоритмія (бі-, три-, квадригеменія);
• поліморфні;
• парні;
• ранні (R на T);
– тахікардії:
• реципрокні:
- хронічні;
- пароксизмальні;
• вогнищеві (ектопічні):
- хронічні;
- пароксизмальні.

НШТ:
• синопередсердні (синоатріальні);
• передсердні (атріальні);
• передсердно-шлуночкові;
• вузлові;
• звичайного типу;
• незвичайного типу;
• з додатковими шляхами проведення;
• ортодромні;
• антидромні.

ШТ:
– нестійка (від трьох шлуночкових комплексів до 30 с):
• мономорфна;
• поліморфна;
– стійка (триває понад 30 с):
• мономорфна;
• поліморфна;
– постійно-оборотна:
• мономорфна;
• поліморфна;
– ФП і ТП:
• пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах семи діб)*:
• брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
• тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
• персистентна (епізод, що триває понад сім діб, коли для відновлення синусового ритму потрібне втручання)*:
• брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;
• тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
• тривало-персистентна (епізод, що триває один рік і більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати)*:
• брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв)**;

- тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв)**;
- постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно)*:
  - брадисистолічна (ЧШС <60 уд./хв);
  - тахісистолічна (ЧШС >110 уд./хв);

– ФШ і ТШ.

Примітки: * – усі форми можуть бути такими, що вперше виникли; ** – вказується у разі клінічно значущого стану.

Порушення проведення імпульсу

– синоаврикулярні блокади.

АВ-блокади:

– I ступеня

– II ступеня:
- I типу;
- II типу;

– III ступеня:
- внутрішньошлуночкові блокади.

Однопучкові блокади:
- блокада ПНПГ;
- блокада передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада задньонижнього розгалуження ЛНПГ:
  - постійні;
  - такі, що минають.

Двопучкові блокади:
- блокада ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та передньоверхнього розгалуження ЛНПГ;
- блокада ПНПГ та задньонижнього розгалуження ЛНПГ.

Трипучкові блокади.

Комбіновані порушення утворення і проведення імпульсу

– парасистолія:
- передсердна;
- з АВ-з'єднання;
- шлуночкова.

Хвороби, синдроми та феномени

– ідіопатійні форми аритмій;

– синдроми та ЕКГ-феномени передзбудження шлуночків:
- синдром WPW;
- синдром скороченого інтервалу P–R (LGL);

– синдром ранньої реполяризації шлуночків;

– синдром подовженого інтервалу Q–T:
- вроджений;
- набутий;

– синдром слабкости синусового вузла;

– синдром MAS;
– аритмогенна дисплазія ПШ;
– синдром П. і Й. Бругада;
– синдром Л. Фредеріка;
– раптова серцева смерть (аритмійна) з відновленням серцевої діяльности:
  • ФШ;
  • асистолія;
  • електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);
– раптова серцева смерть (неповоротна):
  • ФШ;
  • асистолія;
  • електромеханічна дисоціація (зазначається за можливости);
– зупинка серця:
  • смерть, що настала більш ніж через 1 год після появи чи посилення симптомів хвороби;
  • з відновленням серцевої діяльности;
– зупинка серця (неповоротна).

Аритмії у разі нормальної або порушеної функції кардіостимуляторів різного типу

У діагнозі треба вказати кардіохірургічні втручання і пристрої, що їх застосовували для лікування аритмій і порушень провідности серця (зі зазначенням методу і дати втручання) – катетерні (радіочастотні та ін.) деструкції, імплантації водіїв ритму та кардіовертерів – дефібриляторів, проведення кардіоверсії чи дефібриляції (вказується дата останньої) тощо.

Додаток 6

1. Класифікація ішемічної хвороби серця
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Раптова коронарна смерть.
2. Стенокардія.
3. Нестабільна стенокардія.
4. Гострий ІМ.
5. Кардіосклероз.
6. Безбольовий варіант ІХС.

2. Класифікація стенокардії
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Стенокардія:
  1.1. Стабільна стенокардія напруги (із зазначенням ФК I–IV за класифікацією Канадської асоціації кардіологів (CAC), у хворих із

ФК IV стенокардія малих навантажень може клінічно виявлятися як стенокардія спокою).

1.2. Мікроваскулярна стенокардія (наявність клінічних симптомів та ознак ішемії міокарда за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій ангіографічно).

1.3. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, М. Принцметала).

1.4. Рефрактерна стенокардія (хронічний стан, що триває понад три місяці, спровокований клінічно підтвердженою рекурентною ішемією міокарда за наявности ураження вінцевих судин, яку не можна адекватно контролювати за допомогою комбінованого медикаментозного лікування, ангіопластики або АКШ).

2. Нестабільна стенокардія:

2.1. Нестабільна стенокардія, що виникла вперше (виникнення вперше в житті нападів стенокардії із транзиторними змінами ЕКГ у стані спокою до 28 діб).

2.2. Стенокардія з наростанням тяжкости (виникнення стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією навантаження, негативні зміни ФК стенокардії, погіршення толерантности до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).

2.3. Рання постінфарктна стенокардія (з 3-ї до 28-ї доби після ІМ).

3. Класифікація функціональних класів стабільної стенокардії навантаження

(Канадська асоціація кардіологів
(Canadian Association of Cardiologists – CAC), 1976)

Для стабільної стенокардії характерні напади болю, що є стереотипними й не змінюються за характером і частотою упродовж останнього місяця.

ФК I – «латентна» стенокардія: напади болю виникають рідко, зазвичай під час максимальних фізичних і психоемоційних навантажень, зміни на ЕКГ фіксують рідко, ангіографічно спостерігається звуження вінцевих артерій (частіше однієї) на 50,0 % і менше.

ФК II – напади виникають, коли людина піднімається вище ніж на другий поверх, або під час ходьби у звичайному темпі по рівній місцевості на відстань більш ніж два квартали, переносимість фізичного навантаження обмежена, ангіографічно – уражені одна-дві вінцеві артерії (стеноз <70,0 %).

ФК III – напади виникають під час піднімання сходами на один поверх або під час ходьби по рівній місцевості на відстань один-два квартали, толерантність до фізичного навантаження значно обмежена, ангіографічно дві-три вінцеві артерії звужені на 70,0–80,0 %.

ФК IV – напади виникають під час незначних фізичних навантажень (побутові умови), часто спостерігаються напади стенокардії спокою,

ангіографічно – значно уражені всі чотири (включно з розгалуженнями) вінцеві артерії.

Додаток 7

1. Класифікація інфаркту міокарда
(Асоціація кардіологів України, 2016)

Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.03.2016 р. № 164; уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», Наказ МОЗ України від 03.07.2014 р. № 455).

Діагноз формулюють із зазначенням:
- дати виникнення (до 28 діб);
- локалізації (передня стінка, передньоверхівковий, передньобічний, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобічний, нижньозадній, нижньобазальний, верхівково-бічний, базально-латеральний, верхньобічний, бічний, задній, задньобазальний, задньобічний, задньосептальний, септальний, ПШ);
- первинний, рецидивний (від 3-ї до 28-ї доби), повторний.

2. Класифікація інфаркту міокарда за елевацією сегмента ST
(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2018)

- STEMI (ST elevation myocardial infarction);
- nonSTEMI (non ST elevation myocardial infarction);
- MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries) ІМ за відсутности обструктивного ураження вінцевих артерій. У значної частини хворих із гострим ІМ з елевацією сегмента ST під час проведення ангіографії виявляється відсутність обструктивного ураження вінцевих артерій.

3. Класифікація інфаркту міокарда залежно від розміру некрозу

- Трансмуральний ІМ – некроз поширюється на всю товщу серцевого м’яза від ендокарда до епікарда.
- Нетрансмуральний ІМ:

- інтрамуральний ІМ – вогнище некрозу виникає у товщі міокарда і не досягає ні ендокарда, ні епікарда;
- субепікардіальний ІМ – ушкоджений міокард прилягає до епікарда;
- субендокардіальний ІМ – некроз міокарда локалізується зовні біля ендокарда.

4. Класифікація інфаркту міокарда за глибиною і поширеністю некрозу

- Q-ІМ – виявляється патологічним зубцем Q, підняттям сегмента ST:
  - трансмуральний (із патологічним зубцем QS);
  - нетрансмуральний (із патологічним зубцем Q).
- Не-Q-ІМ (ІМ без патологічного зубця Q) – без підняття сегмента ST, але з ЕКГ-ознаками ішемії (зниження сегмента ST, із від'ємним або згладженим зубцем Т) (дрібновогнищевий).

5. Класифікація періодів гострого інфаркту міокарда

1. Передінфарктний стан (може тривати від одного дня до чотирьох тижів – зміна характеру больового нападу, частіше його виникнення, інтенсивніший біль, задишка, тахікардія, інколи скарги на порушення ритму).
2. Найгостріший період (упродовж перших двох годин від початку хвороби – час гострої ішемії міокарда і початку його некрозу).
3. Гострий період (до десятого дня від початку хвороби – час формування вогнища некрозу).
4. Підгострий період (від чотирьох до восьми тижнів).
5. Постінфарктний період (від двох до шести місяців – час адаптації міокарда до нових умов функціонування, сформований рубець).

6. Класифікація типів інфаркту міокарда

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітня федерація серця (World Heart Federation – WHF), 2007, із доповненнями Європейської асоціації кардіологів (European Society of Cardiology – ESC)/ Американського коледжу кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/ Американської асоціації серця (American Heart Association – AHA)/ Всесвітньої федерації серця (World Heart Federation – WHF), 2018)

- Спонтанний ІМ (тип 1, спричинений ішемією унаслідок первинної вінцевої події, такої як ерозія бляшки і/або руйнування, розтріскування або розшарування (акцент на причинно-наслідкових взаємозв'язках дезінтеграції бляшки з вінцевим атеротромбозом).

- ІМ, вторинний щодо ішемії (тип 2), яка стала наслідком або збільшення потреби міокарда в кисні, або зменшення його постачання, наприклад, спазм вінцевої артерії, емболія у вінцеву артерію, анемія, аритмії, гіпертензія чи гіпотензія (включає стани з дисбалансом потреби і транспортом кисню, не зумовлені гострим вінцевим атеротромбозом).
- Раптова коронарна смерть (тип 3), включаючи зупинку серця, часто зі симптомами, що свідчать про ішемію міокарда, яка супроводжується, імовірно, новою елевацією ST, новою блокадою ЛНПГ, чи доказами наявности свіжого тромбу у вінцевій артерії під час ангіографії і/або під час автопсії, але смерть настала до того, як вдалося взяти зразки крови, або коли біомаркери у крові ще не встигли з'явитися.
- ЧКВ-асоційований ІМ) (тип 4а).
- ІМ, спричинений тромбозом стента (тип 4б), що задокументовано за допомогою ангіографії або автопсії.
- АКШ-асоційований ІМ (тип 5).

7. Клінічні варіанти інфаркту міокарда

1. Типовий (ангінозний).
2. Атиповий.

Атипові варіанти за А. Г. Тетельбаумом:

I. Периферійний (клінічні варіанти: ліворучний, ліволопатковий, ліктьовий, верхньохребтовий, шийний, нижньощелепний, вушний, зубний, глотково-гортанний).
II. Церебральний (клінічні варіанти: з епізодами непритомности, кризовий, геміплегійний (за наявности гіпертонічного кризу).
III. Абдомінальний (клінічні варіанти: стравохідний, у вигляді проривної виразки шлунка, гострого холецистопанкреатиту).
IV. Безбольовий (клінічні варіанти: астматичний, аритмічний, колаптоїдний, «декомпенсаційний» (тотальна ХСН із наростанням тяжкости).

8. Класифікація гострої серцевої недостатности у хворих на інфаркт міокарда

(J. Kimball, 1967, доповнена T. Killip, M. Volk, S. Scheid, 1972)

Стадія I – немає ознак ГСН, III додаткового тону та хрипів у легенях, летальність 6,0–8,0 %.

Стадія II – ГСН (вологі хрипи вислуховуються на менш ніж над 50,0 % площі легень, III тон над верхівкою серця, ознаки венозної гіпертензії у легенях), летальність 30,0 %.

Стадія III – тяжка ГСН (явний набряк легень, вологі хрипи поширені майже над усією або над усією площею легень, протодіастолічний ритм галопу), летальність 40,0 %.

Стадія IV – кардіогенний шок (САТ менше 12 кПа (90 мм рт. ст.) із ознаками недостатности периферійної перфузії (зниження температури тіла, холодні, вологі кінцівки, олігурія, ціаноз), летальність понад 50,0 %.

9. Класифікація кардіосклерозу
(Асоціація кардіологів України, 2016)

1. Післяінфарктний кардіосклероз із зазначенням перенесених ІМ (дата виникнення, локалізація), варіанти і стадії СН, характер порушення ритму та провідности.
2. Аневризма серця хронічна.
3. Кардіосклероз (дифузний) із вказанням варіантів і стадії СН, порушення ритму та провідности.

Додаток 8

1. Класифікація перикардитів
(Асоціація кардіологів України, 2016)

І. Етіологічна характеристика:
- перикардит унаслідок бактерійних інфекцій;
- перикардит унаслідок інфекційних і паразитарних хвороб;
- перикардит унаслідок інших хвороб;
- перикардит неуточнений.

ІІ. Патогенетичні та морфологічні варіанти:
- хронічний адгезивний перикардит;
- хронічний констриктивний, включно з кальцинозом перикарда;
- гемоперикард (скупчення крови між листками перикарда);
- перикардіальний випіт (незапальний) – гідроперикард, у тому числі хілоперикард (нагромадження лімфи в порожнині перикарда).

ІІІ. Ускладнення:
- міоперикардит*;
- періміокардит**.

IV. Ступінь вираженості перикардіального випоту, оцінений ультразвуковими й іншими методами досліджень*:**
- незначний;
- середній;
- значний.

V. Характер перебігу:
- гострий (менш ніж три місяці);
- хронічний (понад три місяці);
- з наростанням тяжкости (тривалість без ремісії понад чотири–шість тижнів, але менш ніж три місяці).

VI. Серцева недостатність: ХСН: 0–III стадії; ФК I–IV за NYHA.

Примітки: * – термін «міоперикардит» означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення концентрації тропоніну, креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ за показниками ЕхоКГ або магнітно-резонансної томографії (МРТ);

** – термін «періміокардит» означає первинне ураження міокарда й може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними маркерами ушкодження міокарда та ознаками нового вогнищевого або дифузного ослаблення скоротливої функції ЛШ, діагностованого ЕхоКГ або МРТ;

*** – напівкількісна оцінка об'єму перикардіального випоту (за результатами ЕхоКГ): незначна кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив ехосигналів між листками перикарда – до трьох мм. Рідина визначається лише в ділянці задньої стінки; помірна кількість – діастолічний розрив – від 3,0 до 8,3 мм. Рідина визначається в ділянці задньої стінки ЛШ і часто за ЛП, є гіпокінез задньої стінки ЛШ, помірна гіпокінезія верхівки серця; виражена кількість перикардіального випоту – діастолічний розрив – від 8,3 до 20,0 мм і більше, рідина визначається як ззаду, так і спереду, збільшуючись від основи серця до його задньої стінки, виражений гіпокінез усіх стінок серця, псевдопролабування АВ клапанів.

2. Класифікація перикардіальних випотів
(M. S. Horowitz, 1974)

Тип випоту	Ехокардіографічні ознаки
A	Випоту немає
B	Сепарація епікарда та перикарда 3,0–16,0 мл
C_1	Випіт – понад 16,0 мл
C_2	Систолічна і діастолічна сепарація епікарда та перикарда з послабленням рухливости перикарда
D	Виражена сепарація епікарда та перикарда з великим еховільним простором
E	Стовщення перикарда (понад 4,0 мм)

3. Характеристика перикардіального випоту за ступенем виразности
(за результатами ехокардіографії)
(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

Випіт залежно від ступеня виразности	Характеристика
Незначний	Сепарація листків перикарда в діастолу менш ніж 10,0 мм
Помірний	Сепарація листків перикарда понад 10,0 мм, максимальна кількість рідини виявляється у ділянці верхівки ЛШ та за ЛП
Значний	Сепарація листків перикарда понад 20,0 мм
Дуже виразний	Понад 20,0 мм і стиснення камер серця ззаду та спереду

4. Класифікація перикардиту

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2015)

- **Гострий –** тривалість менш ніж чотири тижні.
- **Недолікований –** від чотирьох–шести тижнів до трьох місяців без ремісії.
- **Рецидивний** – рецидив після задокументованого гострого перикардиту за наявности безсимптомного періоду 4–6 тижнів або більше (зазвичай 8–24 місяці, однак точно верхню межу не з'ясовано).
- **Хронічний** – тривалість понад три місяці.

Додаток 9

1. Класифікація артеріальної гіпертензії за ураженням «органів-мішеней»

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) – ВООЗ, 1996 / Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) / Европейська асоціація гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH), 2018)

Класифікація була прийнята в Україні 1992 р. відповідно до Наказу МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206 і рекомендована для подальшого застосування згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії»

Цю класифікацію рекомендується застосовувати для з'ясування стадії ГХ (есенціальної гіпертензії) і вторинної АГ.

Стадія	Ураження «органів-мішеней»
I	Об'єктивних ознак органічних уражень «органів-мішеней» немає
II	Є об'єктивні ознаки ураження «органів-мішеней» без маніфестації симптомів або порушення функції: • ГЛШ (на ЕКГ, Ехо-КГ, рентгенограмі) або • генералізоване звуження артерій сітківки, або • мікроальбумінурія чи протеїнурія і/або невелике підвищення концентрації креатиніну в плазмі (у жінок >107,0–124,0 мкмоль/л, у чоловіків >115,0–133,0 мкмоль/л) • ураження сонних артерій – потовщення комплексу інтима-медія ≥ 0,9 мм або наявність атеросклерозної бляшки

III	Є об'єктивні ознаки ушкодження «органів-мішеней» із маніфестацією симптомів і порушенням функції: Серце: ІМ; ХСН: IIA–III стадії. Мозок: інсульт; ТІА; гостра гіпертензивна енцефалопатія; хронічна гіпертензивна енцефалопатія III стадії; судинна деменція. Очне дно: крововиливи й ексудати в сітківці з набряком диска зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної АГ). Нирки: концентрація креатиніну в плазмі – у жінок >124,0 мкмоль/л, у чоловіків >133,0 мкмоль/л. Судини: розшарування аорти, оклюзивне ураження периферійних артерій

2. Класифікація гіпертензії на основі вимірювання офісного артеріального тиску

(Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension – ISH), 2020)

Категорія	САТ, мм рт. ст.		ДАТ, мм рт. ст.
Нормальний	<130	і/або	<85
Високий	130–139	і/або	85–89
1-й ступінь АГ	140–159	і/або	90–99
2-й ступінь АГ	160–170	і/або	100–109

3. Спрощена стратифікація ризику у хворих із артеріальною гіпертензією

(Міжнародне товариство артеріальної гіпертензії (International Society of Hypertension), 2020

Інші ЧР, ураження «органів мішеней» або ССХ	Високий-нормальний САТ 130–139/ ДАТ 85–89	Ступінь 1 САТ 140–159/ ДАТ 90–99	Ступінь 2 САТ >160/ ДАТ >100
Немає ЧР	Низький (I)	Низький (I)	Помірний (II)
1-2 ЧР	Низький (I)	Помірний (II)	Високий (III)
≥3 ЧР	Низький (I) / помірний (II)	Високий (III)	Високий (III)
Ураження «органів-мішеней», ХХН (3-тя стадія), ЦД, ССХ	Високий (III)	Високий (III)	Високий (III)

Додаток 10

1. Клінічна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії

(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) / Європейське респіраторне товариство (European respiratory society – ERS), 2015)

ЛАГ:

- ідіопатійна
- спадкова:
  - мутація гена, що кодує рецептори морфогенетичного протеїну кісткового мозку, – BMRP2
  - інші мутації
- ЛАГ, асоційована з лікарськими засобами або токсинами
- ЛАГ, асоційована з:
  - СХСТ
  - ВІЛ-інфекцією
  - портальною гіпертензією
  - вродженими вадами
  - шистосомозом
- веноокклюзивна хвороба легень і/або гемангіоматоз легеневих капілярів
  - ідіопатійна
  - спадкова:
    - EIF2AK-мутація
    - інші мутації
  - індукована лікарськими засобами, токсинами та радіацією
  - асоційована з:
    - СХСТ
    - ВІЛ-інфекцією
  - ЛАГ немовлят
- ЛАГ, асоційована з ураженням лівої половини серця:
  - систолічна дисфункція ЛШ
  - діастолічна дисфункція ЛШ
  - хвороби клапанів
  - вроджена/набута обструкція припливу/відпливу та вроджена кардіоміопатія
  - вроджені/набуті стенози легеневих вен
- ЛАГ, асоційована з хворобами легень і/або гіпоксією:
  - у разі ХОХЛ
  - у разі інтерстиційних хвороб легень
  - у разі інших хвороб легень зі змішаними обструктивно-рестриктивними причинами
  - під час порушення дихання у сні
  - у разі послаблення вентиляційної функції альвеол
  - під час тривалого перебування на високогір’ї
  - у разі вад розвитку легень

- хронічна тромбоемболійна ЛАГ:
  - ЛАГ унаслідок рецидивної тромбоемболії
  - інші обструкції легеневої артерії:
    - ангіосаркома
    - інші інтраваскулярні пухлини
    - артеріїт
    - вроджені стенози легеневих артерій
    - паразитарні ураження (ехінококоз)
- ЛАГ із невідомими і/або багатофакторними механізмами
  - гематологійні хвороби: хронічна гемолізна анемія, мієлопроліферативні хвороби, спленектомія
  - системні хвороби, саркоїдоз, гістіоцитоз Х, лімфангіолейоміоматоз
  - метаболічні порушення: хвороби нагромадження глікогену, хвороба Ф. Ш. Е. Гоше, хвороби щитоподібної залози
  - інші причини: легенева пухлинна тромбозна мікроангіопатія, фіброзувальний медіастиніт, хронічна ниркова недостатність, сегментарна ЛАГ.

2. Класифікація залежно від ураження легеневої артерії у хворих із хронічною тромбоемболійною легеневою артеріальною гіпертензією за показниками ангіографії

(S. W. Jamieson, 2000)

Тип I. Тромби розміщені в центральних ЛА.
Тип II. Немає тромбів у центральних судинах, є потовщення інтими й ураження основних часткових і сегментарних артерій.
Тип III. Ураження обмежено сегментарними або субсегментарними гілками ЛА.
Тип IV. Ураження дрібних гілок.

3. Ступені легеневої гіпертензії

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 2003)

I. Легкий (тиск 25–45 мм рт. ст.)
II. Середній (26–65 мм рт. ст.)
III. Виражений (>65 мм рт. ст.)

4. Функціональна класифікація легеневої артеріальної гіпертензії

(Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) ВООЗ, 1998)

I ФК – немає значного обмеження звичайної фізичної активности, звичайна активність не провокує посилення задишки, слабости, болю у грудній клітці, пресинкопе (безсимптомна ЛАГ).

II ФК – помірне зниження фізичної активности; у спокої дискомфорту немає, але звичайна фізична активність провокує появу помірних симптомів (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).

III ФК – значне зниження фізичної активности: у спокої дискомфорту немає, але за меншої, ніж звичайно, активности з'являються помірні симптоми (задишка, слабість, біль у грудній клітці, пресинкопе).

IV ФК – задишка і/або слабість у спокої, вираженість симптомів збільшується за найменшого навантаження, нездатність виконувати будь-які фізичні навантаження, можуть бути ознаки правошлуночкової недостатности.

Додаток 11

Класифікація тромбоемболії легеневої артерії
(Європейське товариство кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2014)

Групи ризику серед хворих із ТЕЛА:

- хворі з **високим ризиком** ТЕЛА зі шоком або артеріальною гіпотензією (систолічний АТ <90 мм рт. ст. або його зниження ≥40 мм рт. ст. з тривалістю більш ніж 15 хв, якщо це не спричинено наростанням аритмії, гіповолемією або сепсисом);
- хворі з **низьким ризиком** ТЕЛА без шоку або артеріальної гіпотензії.

У клінічній практиці виокремлюють також такі види ТЕЛА:

- підтверджена, коли її ймовірність досить висока для проведення специфічного лікування;
- заперечена, якщо її ймовірність низька, що дає змогу не застосовувати специфічне лікування.

За перебігом:

- блискавична (симптоми наростають упродовж 1 год, часто смерть може настати впродовж 10–15 хв від асфіксії, больового синдрому та різкого зниження АТ);
- гостра (1–24 год.);
- підгостра (декілька діб);
- та, яка рецидивує (зафіксовано два випадки ТЕЛА і більше, клінічні симптоми можуть зберігатися декілька місяців).

За обсягом стенозу легеневої артерії:

- дрібних гілок (до 25,0 % розгалужень) – без ЕхоКГ-ознак;
- субмасивна (26,0–50,0 %) – гостре легеневе серце;
- масивна (51,0–75,0 %) – гіпотензія;

- смертельна (>75,0 %) – шок.

Додаток 12

1. Класифікація і гемодинамічні ознаки різних варіантів гострої серцевої недостатності

(Європейська асоціація кардіологів (European Society of Cardiology – ESC), 2005 / Асоціації кардіологів України, 2012)

Клінічний стан	ЧСС	САТ, мм рт. ст.	Серцевий індекс (CI), л/хв/м^2	ТЗЛА, мм рт. ст.	T. Killip/ J. S. Forester	Діурез	Гіпоперфузія**
I. Гостра декомпенсована СН	Можлива тахікардія	Норма/підвищений	Норма/підвищений	Ледь підвищений	II/II	Достатній	+/-
II. ГСН із АГ (гіпертензивні кризи)	Зазвичай підвищена, можлива тахікардія	Високий	Помірно низький	>18,0	II-IV/ II-III	Достатній або підвищений	+/-
III. Гостра СН із набряком легень	Тахікардія	Норма	Низький	Підвищений	III/II	Достатній	+/-
IVa. Малий СВ чи кардіогенний шок*	Тахікардія	Норма	<2,2	>16,0	III-IV/ I-III	Знижений	+
IVb. Тяжкий кардіогенний шок	>90 уд./хв	<90,0	<1,8	>18,0	IV/IV	Значно знижений	++
V. ГСН із великим СВ	Тахікардія	Зазвичай підвищений	Високий	Зазвичай знижений	II/I-II	Достатній	-
VI. Правошлуночкова СН	Зазвичай низька. Можлива брадикардія	Низький	Низький	Низький	-/I	Достатній або знижений	+/-

Примітки: * – відмінність синдрому малого СВ від кардіогенного шоку суб'єктивна, під час оцінювання цих пунктів у конкретного хворого вони можуть частково збігатися; ** +/- – помірна гіпоперфузія, + – значна гіпоперфузія, ++ – різко виражена гіпоперфузія, - – гіпоперфузія не характерна.

І. Гостра декомпенсована СН – слабо виражені симптоми ГСН, що не відповідають критеріям кардіогенного шоку, набряку легень та гіпертензивній ГСН.

ІІ. Гіпертензивна гостра СН – симптоми ГСН у хворих із відносно збереженою функцією ЛШ у поєднанні з високим АТ.

ІІІ. Набряк легень (підтверджений рентгенографічно) – тяжкий респіраторний дистрес-синдром із вологими хрипами в легенях, ортопное і

зазвичай насичення артеріальної крови киснем <90,0 % під час дихання кімнатним повітрям до початку лікування.

IV. Кардіогенний шок – клінічний синдром, що характеризується гіпоперфузією тканин. Зазвичай спостерігається артеріальна гіпотонія (САТ <90 мм рт. ст. чи зниження середнього АТ >30 мм рт. ст.) і /чи зниження швидкости діурезу <0,5 мл/кг • год. Симптоми можуть бути зумовлені наявністю тахі-/брадіаритмії, а також вираженою порушеною скоротливою функцією ЛШ (істинний кардіогенний шок). В останньому випадку ЧСС >60 уд./хв і немає тяжких тахіаритмій. Наявність застою у тканинах можлива, але не обов'язкова. Синдром малого СВ і кардіогенний шок – різні стадії одного процесу.

V. СН із великим СВ – симптоми ГСН у хворих із великим СВ, переважно в поєднанні з тахікардією, теплими шкірними покривами і кінцівками, застоєм у легенях та інколи низьким АТ (септичний шок).

VI. Недостатність ПШ – синдром малого СВ у поєднанні з підвищеним тиском у яремних венах, збільшенням печінки й артеріальною гіпотонією.

2. Набряк легень
(цит за В. Ю. Шаніним, 2006)

Кардіогенний (спричинений ураженням передсердь і шлуночків: ІМ, МС, міокардит, ГХ тощо).

Некардіогенний (ятрогенний, алергійний, унаслідок хвороб легень, голодування тощо).

3. Класифікація набряку легень за ступенями тяжкости
(О. Й. Грицюк, В. З. Нетяженко, 1984)

1-й ступінь (переднабряковий) – спостерігається диспное, можливий бронхоспазм.

2-й ступінь (середній) – з'являються помірні хрипи, чутні на невеликій віддалі, ортопное.

3-й ступінь (тяжкий) – характеризується вираженим ортопное, клекотливими, чутними на віддалі хрипами.

4-й ступінь (класичний набряк легень) – тяжке ортопное, сильна слабість і рясна пітливість, хрипи, чутні на значній віддалі.

Додаток 13

1. Класифікація міокардиту
(XVI Національний конгрес кардіологів України, 2015)

- **Варіанти перебігу:**
  - гострий (до трьох місяців від початку хвороби);
  - підгострий (три–шість місяців від початку хвороби);
  - хронічний* (понад шість місяців від початку хвороби);

– міокардіофіброз**.

• **Етіологія:**
  – зі з'ясованою етіологією (інфекційний, бактерійний, вірусний, паразитарний);
  – неуточнений.
• **Поширеність:**
  – ізольований;
  – дифузний.
• **Характер перебігу*****:
  – легкий;
  – середньої тяжкости;
  – тяжкий.
• **Ускладнення:**
  – міоперикардит****;
  – періміокардит*****;
  – порушення серцевого ритму та провідности, тромбоемболії тощо.
• **ХСН:** 0–III стадії; ФК I–IV.

Примітки: * – **хронічний міокардит** зі систолічною дисфункцією ЛШ відповідає терміну «запальна кардіоміопатія», згідно з думкою експертів робочої групи Європейського товариства кардіологів; ** – **міокардіофіброз** – заміщення здорових м'язових клітин такими, що не можуть скорочуватися і погано проводять імпульс; *** – **легкий перебіг** може бути безсимптомним. Ураження серця виявляється за допомогою ЕКГ, біохімічного чи рентгенологічного дослідження під час або впродовж двох тижнів після перенесеної інфекції (до 20,0 % випадків міокардиту, що діагностується), **середньої тяжкости** – реєструються збільшення розмірів серця, інколи порушення скоротливости міокарда, однак проявів СН ще немає, **тяжкий перебіг** – характерна кардіомегалія з ознаками СН (задишка, тахікардія або серцебиття, гіпотонія, ритм галопу, ціаноз, набряк ніг, набухання шийних вен). Може виявлятися симптомами кардіогенного шоку або тяжкими порушеннями ритму та провідности; **** – термін **«міоперикардит»** означає наявність чітких критеріїв гострого перикардиту, що поєднуються з наявністю маркерів ушкодження міокарда (підвищення показників тропоніну Т або I, МВ-креатинфосфокінази) без ознак нового вогнищевого або дифузного порушення функції ЛШ згідно з результатами ЕхоКГ або МРТ; ***** – термін «**періміокардит»** означає первинне ураження міокарда. Може бути діагностований у хворих із клінічними критеріями гострого перикардиту, підвищеними показниками маркерів ушкодження міокарда й ознаками нового вогнищевого або дифузного ослаблення скоротливої функції ЛШ за результатами ЕхоКГ або МРТ.

2. Морфологічна класифікація міокардитів
(Далласька класифікація, 1984)

I. Первинна біопсія:
  а) міокардит із фіброзом або без нього;
  б) межовий міокардит (можлива повторна біопсія);
  в) міокардиту немає.

II. Повторна біопсія:
  а) міокардит, що триває, із фіброзом або без нього;
  б) міокардит, що завершується, з фіброзом або без нього;

в) завершений міокардит із фіброзом або без нього.

3. Варіанти міокардитів
(E. B. Liberman, 1991)

- **Блискавичний (фульмінантний) міокардит.** Характерне надзвичайно швидке наростання симптомів СН, гарячка (>38,0 ^{0}С). Застосування ізотропних середників дає змогу у віддаленому періоді (понад 10 років) вижити більш ніж 93,0 % хворих. Під час ЕхоКГ спостерігається виразне потовщення міокарда, спричинене набряком.
- **Гострий міокардит.** Швидко виникає дилятація ЛШ, попри позитивну відповідь на імуносупресивне лікування. Можливе наростання тяжкости хвороби з подальшим переходом у ДКМП.
- **Хронічний активний міокардит.** Початок хвороби нечіткий. Спостерігаються помірне зниження скоротливости міокарда, часті рецидиви хвороби, незважаючи на позитивну відповідь на лікування імуносупресивними середниками. Хвороба характеризується утворенням вираженого фіброзу в міокарді. Хронічний міокардит переважно трансформується у ДКМП.
- **Хронічний персистентний міокардит.** Характерні тривалий больовий синдром, формування вогнищ запалення у міокарді, немає значної дилятації порожнин серця, фіксується збереження скоротливости міокарда. Прогноз сприятливий.
- **Гігантоклітинний міокардит.** Спостерігається наростання рефрактерної СН, порушення ритму та провідности. Прогноз надзвичайно несприятливий: середня тривалість життя 5,5 місяця. Найефективніший метод лікування – трансплантація серця.
- **Еозинофільний міокардит.** Виразні клінічні симптоми, формування тромбів у порожнині серця та емболічний синдром. Фінал хвороби – ендоміокардіальний фіброз, який призводить до тяжкої СН.

Додаток 14

Класифікація кардіоміопатій
(Асоціація кардіологів України, 2016)

І. Нозологічна форма*:
1. ДКМП.
2. ГКМП (обструктивна, необструктивна).
3. РКМП.
4. Алкогольна КМП.
5. КМП, спричинена лікарськими засобами та іншими зовнішніми чинниками.

6. АКМП.
7. КМП, що виникають за наявности хвороб, класифікованих у інших рубриках (системні хвороби, м'язові дистрофії, нейром'язові порушення, перипартальні).
8. КМП, спричинені інфекційними та паразитарними хворобами, в тому числі дифтерією.
9. Метаболічна КМП**.

II. Клінічний варіант***:

- аритмія;
- кардіальгія тощо.

III. ХСН: 0–III стадія.

Примітки:

* – у разі хвороб, класифікованих у інших рубриках; має бути подвійне кодування, основною буде хвороба, яка спричинила кардіоміопатію;

** – спричинена ендокринними порушеннями;

*** – класифікація кардіоміопатій за клінічними проявами:

- малосимптомний варіант;
- вегетодистонійний варіант;
- інфарктоподібний варіант;
- кардіальгійний варіант;
- аритмічний варіант;
- декомпенсаційний варіант;
- псевдоклапанний варіант;
- змішаний варіант;
- блискавичний варіант.

Додаток 15

1. Класифікація набутих вад серця

(Асоціація кардіологів України, 2016)

Відповідно до клінічного перебігу та хірургічної тактики:

1. Ізольований стеноз або **комбінована вада з перевагою стенозу.**

Хірургічна тактика в обох випадках однакова, а діагностика невеликої супутньої недостатности клапана на ґрунті стенозу часто утруднена.

2. Комбіновані вади без чіткої переваги.

За клінічно-інструментальними показниками визначають як стеноз, так і недостатність клапана, операцію збереження клапана або протезування клапана обирають індивідуально.

3. Ізольована недостатність або **комбінована вада з перевагою недостатности.**

Якщо потрібна операція, то більшості хворих здійснюють протезування клапана, а якійсь частині – різні варіанти пластичних операцій.

I. Етіологія: ревматична, неревматична (з уточненням).

II. Локалізація (клапан): МК, КА, ТК, ЛАК.

III. Характер ураження клапана: стеноз, недостатність, комбінована вада.
IV. Стадія вади.
V. ХСН: 0–III стадія, ФК I–IV за NYHA.

2. Стадії набутих вад серця
(VI Національний конгрес кардіологів України, 2000)

Стадія	Мітральний стеноз	Мітральна недостатність	Аортальний стеноз	Аортальна недостатність
I	Компенсації	Компенсації	Повної компенсації	Повної компенсації
II	Легеневого застою	Субкомпенсації	Прихованої СН	Прихованої СН
III	Правошлуночкової недостатности	Правошлуночкової декомпенсації	Відносної коронарної недостатности	Декомпенсації
IV	Дистрофійна	Дистрофійна	Виразної лівошлуночкової недостатности	Декомпенсації
V	Термінальна	Термінальна	Термінальна	Термінальна

3. Класифікація пролапсу мітрального клапана за етіологією
(цит. за І. І. Гордою, 2010)

1. Первинний пролапс МК (ідіопатійний).
2. Вторинний пролапс, що є ускладненням або одним із проявів кардіальної хвороби (ревматизму, неревматичного міокардиту, ІЕ, КМП тощо) або спадкової хвороби сполучної тканини (синдром Б. Ж. А. Марфана, Е. Елерса – Г. А. Данлоса тощо).

4. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозу мітрального клапана
(C. M. Schanwell, 2001)

1. Класичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК ≥5,0 мм.
2. Некласичний пролапс МК – з потовщенням стулки МК <5,0 мм.

5. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ступенем міксоматозної дегенерації
(Я. А. Сторожакова, 1997)

1. I ступінь – потовщення стулки або стулок на 3,0–5,0 мм, змикання стулок не порушено;

2. ІІ ступінь – потовщення на 5,0–8,0 мм, подовження стулок, глибина пролабування понад 10,0 мм, розтягування хорд, можливі поодинокі їх розриви, мітральне кільце помірно розширене, змикання порушено;
3. ІІІ ступінь – потовщення стулок понад 8,0 мм, їх подовження, максимальна глибина пролабування, численні розриви хорд, значне розширення мітрального кільця, змикання відсутнє, систолічна сепарація стулок, можливий багатоклапанний пролапс, розширення кореня аорти.

6. Класифікація пролапсу мітрального клапана за ехокардіографійними критеріями

(Асоціація кардіологів України та Всеукраїнська асоціація фахівців з ехокардіографії, 2016)

І. За ступенем міксоматозної дегенерації:

- І ступінь – прогинання стулок на 3,0–6,0 мм;
- ІІ ступінь – 6,0–9,0 мм;
- ІІІ ступінь – понад 9,0 мм.

ІІ. За ступенем мітральної регургітації:

- І ступінь (+) – систолічний потік регургітації у ділянці, що прилягає до МК;
- ІІ ступінь (++) – систолічний потік регургітації поширюється на третину порожнини ЛП;
- ІІІ ступінь (+++) – систолічний потік регургітації поширюється на половину порожнини ЛП;
- ІV ступінь (++++) – систолічний потік регургітації поширюється на переважну частину порожнини ЛП.

7. Стадії аортального стенозу

(Американський коледж кардіологів (American College of Cardiology – ACC)/Американська асоціація серця (American Heart Association – AHA), 2014)

Стадія	Визначення	Анатомія клапана	Транскла-панна гемоди-наміка	Наслідок	Симптоми
1	2	3	4	5	6
A	Ризик АС	Двостулко-вий клапан аорти (або інші вродже-ні аномалії клапана). Склероз клапана	V_{max} < 2,0 м/с	Немає	Немає

1	2	3	4	5	6
B	Наростання тяжкости АС	Легка або помірна кальцифікація стулок дво- або тристулкового клапана з деяким обмеженням руху в систолу або ревматичні зміни клапана зі зрощенням комісур	АС легкого ступеня: V_{max} = 2,0–2,9 м/с або ΔP < 20,0 мм рт. ст. АС середньої тяжкости: V_{max} = 3,0–3,9 м/с або ΔP < 20,0–39,0 мм рт. ст.	Може виявлятися рання діастолічна дисфункція ЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає
C Безсимптомний тяжкий АС					
C_1	Безсимптомний тяжкий АС	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкриття	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або ΔP ≥ 40,0 мм рт. ст. S ≤ 1,0 см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м². Дуже тяжкий АС: $V_{max} \geq 5,0$ м/с або ΔP ≥ 60,0 мм рт. ст.	Діастолічна дисфункція ЛШ. Помірна ГЛШ. Нормальна ФВ ЛШ	Немає: проби з фізичним навантаженням доцільні для підтвердження симптомного статусу
C_2	Безсимптомний тяжкий АС із дисфункцією ЛШ	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із вираженим обмеженням відкривання стулок	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або ΔP ≥ 40,0 мм рт. ст. S ≤ 1,0 см² (або $S_i \leq 0,6$ см²/м²)	ФВ ЛШ <50,0 %	Немає
D Симптомний тяжкий АС					
D_1	Симптомний тяжкий АС із високим градієнтом тиску	Виражена кальцифікація стулок або вроджений стеноз із	$V_{max} \geq 4,0$ м/с або ΔP ≥ 40,0 мм рт. ст. S ≤ 1,0 см²	Діастолічна дисфункція ЛШ. Гіпертрофія ЛШ.	Задишка в разі фізичного навантаження або зниження толерантності

1	2	3	4	5	6
		вираженим обмеженням відкривання стулок	(або $S_i \leq 0,6$ см²/м²), але може бути більше за поєднання АС й аортальної регургітації	Може бути легенева гіпертензія	до нього; стенокардія синкопе або пресинкопе на ґрунті фізичного навантаження
D_2	Симптомний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку/низьким градієнтом тиску зі зниженою ФВ ЛШ	Виражена кальцифікація стулок із вираженим обмеженням їх руху	$S \leq 1,0$ см² $V_{max} < 4,0$ м/с спокою або $\Delta P <$ 40,0 мм рт. ст. Під час стрес-ЕхоКГ із добутаміном $S \leq 1,0$ см² $V_{max} \geq 4,0$ м/с за будь-якої швидкості потоку	Діастолічна дисфункція ЛШ; ГЛШ; ФВ ЛШ <50,0 %	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе
D_3	Симптомний тяжкий АС із низьким градієнтом тиску з нормальною ФВ ЛШ або парадоксальний тяжкий АС із низькою швидкістю потоку	Виражена кальцифікація стулок із вираженим обмеженням їх руху	$S \leq 1,0$ см² $V_{max} < 4,0$ m/с або $\Delta P <$ 40,0 мм рт. ст. $S_i \leq 0,6$ см²/м² і систоліч-ний індекс <35,0 мм/м², виміряний, коли у хворого САТ <140,0 мм рт. ст.	Збільшення відносної товщини стінки ЛШ; маленький розмір ЛШ з низьким ударним об'ємом; зниження діастоліч-ного наповнення; ФВ ЛШ ≥50,0 %	СН; стенокардія; синкопе або пресинкопе

Примітки: ΔP – середній градієнт тиску; S – площа отвору клапана; S_i – площа отвору клапана, індексована до площі поверхні тіла; V_{max} – максимальна швидкість транстора-кального кровоплину.

Додаток ІІ

Епонімні симптоми, синдроми та хвороби, згадані в посібнику

Абрамова С. С. – Фідлера К. Л. міокардит (С. С. Абрамов (1875–1945), російський бактеріолог; K. L. A. Fiedler (1835–1921), німецький лікар; син.: алергійний міокардит, первинний ізольований міокардит) – інтерстиціальний міокардит невідомої етіології: гострий початок із сильною ядухою, ціанозом, тахікардією, супутній коронарит, тромбоендокардит переважно підгострого або підгострого затяжного перебігу зі швидким наростанням недостатности кровоплину, що відрізняє його від міокардиту ревматичного походження; основні клінічні прояви: в дебюті захворювання – часті гострі вірусні респіраторні інфекції або пронос, задишка, ціаноз, біль у ділянці серця, збільшення розмірів серця (cor bovinum), ослаблення тонів серця, ритм галопу, порушення ритму та провідности, збільшені печінка й селезінка; тромбоемболійні ускладнення, тотальна серцева недостатність; ЕКГ-ознаки: інтервал S-T знижений, зубець Т від'ємний або плоский; частіше хворіють діти і люди молодого віку; морфологічні ознаки: гіпертрофія м'язових волокон, міоліз і супутня запальна реакція сполучної тканини; у гострих випадках хвороба завершується летально упродовж декількох днів, у разі підгострого перебігу – впродовж декількох місяців.

Адісона Т. хвороба (Th. Addison (1793–1860), англійський лікар; син.: бронзова хвороба) – хронічна ендокринна хвороба, у разі якої надниркові залози не продукують стероїдні гормони – глюкокортикоїди та мінералокортикоїди. Зазвичай хвороба перебігає повільно, але в деяких випадках її тяжкість наростає, що може призвести до адісонового кризу – небезпечного для життя патологічного стану, внаслідок якого різко знижується кров'яний тиск і може виникнути кома.

Бадда Дж. – Кіарі Г. синдром (G. Budd (1808–1882), англійський лікар; H. Chiari (1851–1916), австрійський патолог) – клінічний синдром, який виникає внаслідок оклюзії печінкових вен. Синдром може мати блискавичний, гострий або безсимптомний перебіг.

Бехчета Х. синдром (H. Behcet (1889–1948), турецький дерматолог; син.: хвороба Х. Бехчета) – системний васкуліт (запалення кровоносних судин в усьому організмі) невідомого походження. Слизові (тканини, що продукують слиз і вкривають поверхню травних, статевих та сечовивідних органів) і шкіра уражаються; основні прояви – рецидивні виразки в роті й на геніталіях із залученням ураження очей, суглобів, шкіри, кровоносних судин і розладів нервової системи.

Боталова Л. протока (L. Botallo (1519–1587), італійський лікар) – вроджена вада серця, яка характеризується гіпертрофією лівого шлуночка, систолічним тремтінням у другому-третьому міжребер'ях біля лівого краю груднини, з акцентом ІІ тону і, найголовніше, систоло-діастолічним «машинним» шумом; під час натужування систолічне тремтіння та шум послаблюються і навіть

зникають (Вальсальви А. М. проба); діастолічний АТ низький; вада часто ускладнюється затяжним інфекційним ендокардитом.

Бредбері С. – Еглстона К. синдром (S. Bradbury (1883–1947), американський лікар; C. Eggleston (1884–1966), американський терапевт) – ідіопатичний автономний розлад, що характеризується ортостатичною гіпотензією, з розладом функцій кишки, сечового міхура, терморегуляції і сексуальної функції, які часто виявляються.

Бруґада П. і Й. синдром (Pedro Brugad (1952–?), Joseph Brugad (1958–?), іспанські кардіологи) – порушення ритму серця: епізоди шлуночкової тахікардії і ЕКГ-зміни, спричинені заміщенням міокарда правого шлуночка і верхньої третини міжшлуночкової перегородки фіброзною та жировою тканиною; розглядають як один із варіантів аритмогенної дисплазії серця внаслідок мутації гена SCN5A; успадковується за автосомно-домінантним типом.

Бувре Л. – Гоффмана А. синдром (L. Bouveret (1850–1929), французький кардіолог, A. Hoffmann (1862–1929), німецький клініцист) – у хворих на пароксизмальну тахікардію: пароксизм тахікардії, артеріальна гіпотензія, пульс слабкого наповнення, неспокій, відчуття страху, часто – запаморочення, зомління, нудота, блювання.

Бюргера Л. хвороба (L. Buerger (1879–1943), австрійсько-американський патолог, хірург і уролог; син.: синдром Ф. Вінівартера – Л. Бюргера облітерувальний тромбангіїт) – системна запальна хвороба інтими кровоносних судин переважно м’язового типу та вен із утворенням тромбів.

Вальсальви А. М. проба (A. M. Valsalva (1666–1723), італійський анатом, хірург) – ознака відкритої артеріальної (боталової) протоки: значне зменшення систоло-діастолічного шуму під час натужування на висоті глибокого вдиху (так званий шум ковальських міхів), який вислуховується над легеневим стовбуром.

Веґенера Ф. гранульоматоз (F. Wegener (1907–?), німецький патолог; син.: хвороба Ф. Веґенера, некротична гранульома верхніх дихальних шляхів із нефритом) – рідкісна системна хвороба невідомої етіології, що гістопатологічно характеризується гранульоматозно-некротичним системним васкулітом, найбільш частим залученням верхніх і нижніх дихальних шляхів із подальшим ураженням легень у більшості хворих.

Верніке К. енцефалопатія (K. Wernicke (1848–1905), німецький психіатр і невропатолог; син.: гострий верхній геморагічний поліоенцефаліт Ш. Гайє – К. Верніке) – ураження нервової системи, спричинене дефіцитом тіаміну (вітаміну B_1) у раціоні. Найчастіше трапляється у хворих на хронічний алкоголізм.

Вільмса М. пухлина (M. Wilms (1867–1918), німецький хірург; син.: нефробластома) – високозлоякісна пухлина нирки, яка походить з ембріональної метанефрогенної тканини.

Вольфа Л. – Паркінсона Дж. – Вайта Дж. синдром (L. Wolff (1898–1972), J. Parkinsone (1885–1976), американські кардіологи, P. D. White (1886–1973), англійський кардіолог) – аномалія внутрішньошлуночкової провідности серця з ЕКГ-ознаками передчасного збудження шлуночків: скорочення передсердно-

шлуночкової провідности (відрізок PQ) і розширення шлуночкового комплексу QRS, інколи зі спотворенням висхідного відрізка зубця R; єдиною клінічною ознакою є схильність до рецидивних нападів пароксизмальної тахікардії; трапляється у здорових осіб, а також після міокардиту, кардіосклерозу.

Гансена Г. А. хвороба (G. A. Hansen (1841–1912), норвезький лепролог; син.: лепра, англ. leprosy, нім. Aussatz, фр. la lepre) – антропонозна інфекційна хвороба з контактним передаванням і хронічним перебігом, яку спричинюють мікобактерії лепри. Перебігає з переважним ураженням шкіри, периферійної нервової системи, інколи переднього відрізка ока, верхніх дихальних шляхів вище гортані, яєчок, а також кисти і стопи. Належить до групи забутих тропічних хвороб.

Гієна Ж. Ш. – Барре Ж. А. синдром (G. C. Guillain (1876–1961), французький невролог, J. A. Barre (1880–1967), французький невролог; син.: СГБ, гостра полірадикулонейропатія) – гостра автоімунна запальна полірадикулонейропатія, яка виявляється млявими парезами і паралічами, порушенням чутливости, вегетативними розладами.

Гіса В. – Пуркіньє Я. Е. система (W. His (1863–1934), німецький анатом; J. E. Purkinje (1787–1869), чеський фізіолог) – провідна внутрішньошлуночкова система.

Гіса В. пучок (W. His (1863–1934), німецький анатом; лат. f. atrioventricularis; син.: пучок передсердно-шлуночковий, пучок атріовентрикулярний) – пучок волокон передсердно-шлуночкової провідної системи, що йде від передсердно-шлуночкового вузла міжшлуночковою перегородкою і розділяється на праву та ліву ніжки.

Гоше Ф. Ш. Е. хвороба (Ph. Ch. E. Gaucher (1854–1918), французький дерматолог) – спадкова хвороба, що характеризується нагромадженням глюкоцереброзидів у клітинах ретикулоендотеліальної системи (переважно у селезінці, печінці та кістковому мозку); успадковується за автосомно-домінантним типом.

Грейвса Р. Дж. хвороба (R. J. Graves (1796–1853), ірландський лікар; син.: зоб дифузний токсичний, базедова хвороба, зоб дифузний тиротоксичний, зоб токсичний, зоб екзофтальмічний, К. Г. Паррі хвороба, Ґ. Флаяні хвороба) – хвороба, що характеризується дифузним збільшенням щитоподібної залози і підвищенням її функції; виявляється порушенням обміну речовин, часто екзофтальмом, схудненням, тахікардією.

Гудпасчера Е. В. синдром (E. W. Goodpasture (1886–1960), американський патолог; син.: синдром легенево-нирковий спадковий) – спадкова хвороба, що характеризується легеневими кровотечами (кровохарканням), дифузним ураженням нирок із гематурією і протеїнурією.

Гурлер Ґ. синдром (G. Hurler (1889–1965), австрійська педіатриня; син.: хвороба М. Пфаундлера – Ґ. Гурлер, мукополісахаридоз-І Н) – тяжка спадкова недуга із групи мукополісахаридозів, яка належить до хвороб нагромадження і характеризується недостатністю альфа-L-ідуронідази – фермента лізосом, який бере участь у катаболізмі кислих мукополісахаридів, що становлять основу міжклітинної речовини сполучної тканини.

Ґордона А. синдром (A. Gordon (1874–1953), американський невролог) – виявляється в повільному розгинанні І пальця стопи і віялоподібною розбіжністю інших пальців під час стиснення литкового м'яза.

Данона М. Дж. хвороба (M. J. Danon) – вроджена спадкова хвороба, яка призводить до тяжкої серцевої недостатности. Належить до групи лізосомних хвороб.

Дауна Дж. Л. синдром (J. L. Down (1828–1896), англійський лікар; син.: акроміkрія вроджена, дисплазія генералізована фетальна, ембріодія) – генетична аномалія, яку спричинює наявність додаткової хромосоми у 21-й парі. Хромосомна аномалія (не є хворобою і не лікується), якій властива додаткова хромосома 21, цілковита (трисомія 21) або часткова (внаслідок транслокації).

Дреслера В. синдром (W. Dressler (1890–1969), американський кардіолог) – одне з багатьох ускладнень інфаркту міокарда, яке виявляється перикардитом, плевритом, пневмонітом (реакція переважно сполучної тканини легень), артритом, гарячкою, лейкоцитозом, прискоренням швидкости осідання еритроцитів і титрів антиміокардіальних антитіл.

Дюшена Дж. Б. А. хвороба (G. B. A. Duchenne (1806–1875), французький невропатолог; син.: А. Куссмауля підгострий передній поліомієліт) – підгострий поліомієліт із наростанням тяжкости, спричинений ураженням спинного мозку з подальшим поширенням патологічного процесу на ділянку стовбура головного мозку; виявляється виникненням атрофійних паралічів.

Ебштейна В. аномалія (W. Ebstein (1836–1912), німецький лікар) – вроджена вада серця, у разі якої стулки трикуспідального клапана зміщені в порожнину правого шлуночка серця, в результаті чого формується атріалізована частина шлуночка.

Ейзенменґера В. синдром (V. Eisenmenger (1864–1932), австрійський лікар) – поєднання вроджених аномалій серця і судин: високий дефект міжшлуночкової перегородки, зміщення аорти праворуч, гіпертрофія правого шлуночка, нормальна або розширена легенева артерія; патофізіологічна основа – наявність дефекту міжшлуночкової перегородки, право-лівого шунта і великого опору в легеневому колі кровоплину; клінічно виявляється з перших тижнів життя: задишка, відмова від годування, відставання у фізичному та психічному розвитку; в перші роки життя або пізніше – ціаноз, схильність до малорухливості (дитина часто присідає), ангінальні прояви, синкопи; пальці у вигляді «барабанних паличок», поліцитемія.

Елерса Е. – Данлоса Г. А. синдром (E. L. Ehlers (1863–1937), данський дерматолог, H. A. Danlos (1844–1912), французький дерматолог) – група генетичних розладів сполучної тканини. Симптоми можуть включати надмірну гнучкість кінцівок, біль у суглобах, еластичну шкіру й аномальне утворення рубців. Можуть бути зафіксовані при народженні або в ранньому дитинстві. Ускладнення: розшарування аорти, вивихи суглобів, сколіоз, хронічний біль або ранній остеоартрит.

Емері А. Е. Г. – Дрейфуса Ф. Е. м'язова дистрофія (A. E. H. Emery (1928–?), американський генетик, F. E. Dreifuss (1926–1997), американський невролог) –

стан, який впливає головно на м'язи, що беруть участь у рухах, такі як скелетні, а також на серцевий м'яз.

Ітона Л. М. – Ламберта Е. Г. синдром (L. Eaton (1905–1958), американський нейрофізіолог, E. Lambert (1915–?), американський нейрофізіолог) – рідкісна автоімунна хвороба, що характеризується симетричною слабкістю проксимальних м'язів, гіпорефлексією та вегетативними розладами. Близько 60,0 % хворих зі синдромом Л. М. Ітона – Е. Г. Ламберта мають злоякісну онкологічну хворобу (зокрема, дрібноклітинний рак легень), тому й розглядається як паранеопластичний синдром.

Іценка М. М. – Кушинга Г. В. синдром (М. М. Іценко (1889–1954), радянський невропатолог; H. W. Cushing (1869–1939), американський нейрохірург; син.: Г. В. Кушинга синдром) – сукупність симптомів, спричинених тривалим впливом глюкокортикоїдів, таких як кортизол. Симптоми синдрому: підвищений кров'яний тиск, черевне ожиріння (руки й ноги залишаються тонкими), кругле червоне обличчя, жирова грудочка на задній частині шиї, слабкість м'язів і кісток, вугрі й тендітна шкіра, яка погано загоюється. У жінок може з'явитися оволосіння за чоловічим типом, можуть спостерігатися нерегулярні менструації. Інколи синдром супроводжується змінами настрою, болем голови, хронічним відчуттям утоми.

Іценка М. М. – Кушинга Г. В. хвороба (М. М. Іценко (1889–1954), радянський невропатолог; H. W. Cushing (1869–1939), американський нейрохірург; син.: базофілізм гіпофізарний, Г. В. Кушинга хвороба) – ендокринна хвороба, зумовлена гіперпродукцією гіпофізом чи його аденомою адренокортикотропного гормону, унаслідок чого з'являються ендогенний гіперкортицизм і відповідні клінічні ознаки.

Кавасакі Т. хвороба (T. Kawasaki (1925–?), японський педіатр; син.: T. Kawasaki syndrome, acute febrile infantile mucocutaneous lymph node syndrome, febrile mucocutaneous lymph node syndrome, mucocutaneous lymph node syndrome) – гостра гарячкова хвороба дитячого віку, ймовірно, імунно-алергійного походження. Характеризується ураженням вінцевих та інших судин із можливим утворенням аневризм, тромбозів і розривів судинної стінки. Без адекватного лікування летальність сягає 1,0 %. Але навіть у разі інтенсивного лікування для деяких хворих завершується летальним кінцем.

Конна Дж. синдром (J. W. Conn (1907–1994), американський ендокринолог; син.: первинний гіперальдостеронізм) – надлишкова продукція альдостерону клубочковою зоною кори надниркових залоз. Первинний гіперальдостеронізм – найчастіша з-поміж ендокринних причин артеріальних гіпертензій. Причиною підвищення тиску в такому разі є затримка натрію в організмі та підвищена екскреція калію з сечею.

Лайма хвороба – бореліоз, Лайм-бореліоз, системний кліщовий бореліоз.

Лауна Б. – Ґанонґа В. Ф. – Левіне С. А. синдром (B. Lown (1921–?), W. F. Ganong (1924–2007), американський фізіолог, S. A. Levine (1891–1966), американський кардіолог) – один із видів синдрому передчасного збудження шлуночків.

Ліддла Ґ. В. синдром (G. W. Liddle (1921–1989), американський ендокринолог) – симптоми трансмембранного транспорту йонів калію і натрію у дистальних ниркових канальцях: поєднання артеріальної гіпертензії, гіпокаліємії, гіпоренінемії, гіпоальдостеронемії, затримки натрію; виявляється у дитячому віці.

Марфана Б. Ж. А. синдром (B. J. A. Marfan (1858–1942), французький педіатр) – комплекс спадкових аномалій (автосомно-домінантний тип успадкування): А. Мезодермальні аномалії: 1) скелет – лійкоподібна грудна клітка, «курячі груди», сколіоз, кіфоз, зміни турецького сідла, непропорційно довгі кінцівки («пальці павука»), екзостози, spina bifida, hallux valgus, «вовча паща», високе піднебіння, гіподонтія; 2) м'які тканини – гіпоплазія м'язів і жирової тканини, розтягнення сухожилків і суглобів; 3) внутрішні органи – вроджені вади серця, аневризма аорти, розширення підшкірної вени, зменшення кількости легеневих часток; 4) очі – збереження зіничної мембрани, тяжка міопія, відсутність вій, велика рогівка, аніридія, блакитні склери; 5) аномалії зовнішнього вигляду – великий ніс, мале підборіддя («лице птаха»), дисплазія вушних мочок, старечий вигляд (у дітей). Б. Ектодермальні аномалії: 1) очі – ектопія кришталиків, мобільний кришталик, афакія, колобома; 2) ЦНС – різних розмірів зіниці з відсутністю реакції на світло і конвергенцію, неоднаковість рефлексів, пірамідні симптоми, ністагм, гідроцефалія, дис- або атрофія мозку; 3) гіпофізарно-діенцефальна система – високий зріст, акромегалоїдні симптоми, розлади менструацій, вегетативні розлади, інфантилізм; 4) психіка – розумова відсталість. В. Ентодермальні аномалії: надмірно довга кишка, гіпоплазія кишок.

Мобітца В. синдром (W. Mobitz (1889–?), німецький хірург) – ЕКГ-синдром міокардиту (дифтерія, ревматизм), передозування серцевих глікозидів: одночасна наявність синусового і вузлового ритмів; часто синдром зникає без спеціального лікування.

Морганьї Дж. Б. – Адамса Р. – Стокса В. синдром (G. B. Morgagni (1682–1771), італійський лікар, R. Adams (1791–1875), ірландський лікар, W. Stokes (1804 – 1878), ірландський лікар; син.: Р. Адамса – В. Стокса – Дж. Б. Морганьї синдром, Р. Едемса – В. Стокса синдром) – порушення кровопостачання мозку серцево-судинного генезу внаслідок повної або часткової передсердно-шлуночкової, а також неповної синоаврикулярної блокад, частіше у хворих із кардіосклерозом: напади запаморочень із непритомністю у тяжких випадках – клонічні судоми; пульс сповільнений до 10–15 уд./хв; ЕКГ – тріпотіння і фібриляція шлуночків.

Німана А. – Піка Л. хвороба (A. Niemann (1880–1921), німецький педіатр; L. Pick (1868–1944), німецький патологоанатом; син.: гістіоцитоз ліпоїдний, ліпоїдоз фосфатидний, ретикульоз нелейкемійний, ретикулоендотеліоз метаболічний, спленогепатомегалія ліпоїдно-клітинна, сфінгомієліноз) – спадкова хвороба, коли сфінгомієлін нагромаджується в мозку, печінці, селезінці, ретикулоендотеліальній системі. Хвороба частіше трапляється в ранньому дитячому віці. Характеризується поєднанням мозкової симптоматики та гепатоспленомегалії.

Нунан Ж. А. синдром (J. A. Noonan (1928–2020), американська кардіологиня, педіатриня; син.: синдром О. Ульріха – Ж. А. Нунан, тернероїдний синдром із нормальним каріотипом) – рідкісна вроджена патологія, зазвичай успадковується за автосомно-домінантним типом, має родинний характер, проте виникає і спорадично. Синдром передбачає наявність фенотипу, характерного для синдрому Н. А. Шерешевського – Г. Тернера у жінок і чоловіків із нормальним генотипом.

Паркінсона Дж. хвороба (J. Parkinson (1755–1824), англійський лікар; син.: тремтливий параліч) – хронічна неврологічна хвороба, що повільно наростає. Хворіють люди літнього віку, особливо ті, що хронічно отримували травми центральної нервової системи (ЦНС) (парашутисти, військовослужбовці військ особливого призначення, люди, що активно практикували контактні види спорту, зокрема боксери). Належить до дегенеративних хвороб екстрапірамідної моторної системи. Хворобу спричинюють руйнування і загибель нейронів, що виробляють нейромедіатор дофамін, – насамперед у чорній субстанції, а також у інших відділах ЦНС. Недостатнє вироблення дофаміну провокує активний вплив базальних гангліїв на кору головного мозку. Основні ознаки: м'язова ригідність, гіпокінезія, тремор, постуральна нестійкість.

Педжета Дж. хвороба (J. Paget (1814–1899), англійський хірург і патолог) – хронічна хвороба, що виникає внаслідок порушеного кісткового ремоделювання, яке призводить до збільшення розміру та деформування кісток, що виявляється болем у кістках, патологічними переломами й артритами прилеглих суглобів, у поодиноких випадках із виникненням злоякісного процесу (саркома Дж. Педжета). Переважно уражаються осьовий скелет і такі його відділи, як таз, стегнова кістка, великогомілкова кістка, поперековий відділ хребта, лопатка, кістки черепа.

Пенфілда В. Ґ. синдром (W. G. Penfield (1891–1976), канадський нейрохірург) – нав'язлива думка як один із проявів складного епілептичного нападу.

Помпе Дж. С. хвороба (J. C. Pompe (1901–1945), нідерландський лікар; син.: глікогеноз серця, глікогеноз ІІ типу) – надмірне нагромадження глікогену в серцевому м'язі; клінічні ознаки: задишка, зменшення маси тіла, кардіомегалія, серцева недостатність; успадковується за автосомно-рецесивним типом, виникає у віці два–шість місяців унаслідок дефіциту α-амілази.

Принцметала М. хвороба (M. Prinzmetal (1908–1987), американський кардіолог) – ангіоневрозний симптомокомплекс у хворих на стенозувальний атеросклероз вінцевих судин: ангінозний біль у стані спокою, порушення серцевого ритму, відчуття страху, неспокій, пітливість; ЕКГ (знята на максимумі кризу) – масивні субепікардіальні вогнищеві зміни, які після припинення нападу зникають.

Райлі К. М. – Дея Р. Л. синдром (C. M. Riley (1913–?), американський педіатр, R. L. Day (1905–1989), американський педіатр; син.: К. М. Райлі – Р. Л. Дея родинна вегетативна дисфункція) – спадковий синдром: поєднання гіперсалівації, зниженого сльозовиділення, еритеми, психічної лабільности, гіпорефлексії і зниження больової чутливости; успадковується за автосомно-рецесивним типом.

Рейно М. синдром (A. G. M. Raynaud (1834–1881), французький лікар) – хвороба, яка характеризується симетричними двобічними нападоподібними спазмами артерій пальців кистей, рідше стіп, виявляється блідістю, болем і парестезіями.

Романо К. – Ворда О. К. синдром (C. Romano (1924–2008), італійський педіатр, O. C. Ward (1923–?), ірландський педіатр) – спадкова аномалія серця у дітей і людей молодого віку (автосомно-домінантний тип успадкування): синкопальні напади, спричинені перехідним тріпотінням і миготінням шлуночків, спровокованих асинхронною реполяризацією міокарда; ЕКГ – значне здовження інтервалу QT; часто напад завершується летально.

Соколова М. – Лайона Е. П. індекс (M. Sokolow (1911–2002), американський кардіолог, T. P. Lyon, американський кардіолог) – електрокардіографічний маркер гіпертрофії лівого шлуночка – сума глибини зубця S в V_1 і висоти R в V_5 чи V_6 (у якому відведенні він вищий) ≥ 35 mm (≥ 7 великих квадратів), а також висота зубця R в aVL ≥ 11 mm.

Стілла Ґ. Ф. хвороба (G. F. Still (1868–1941), англійський педіатр; син.: Ґ. Ф. Стілла – А. М. Шоффара хвороба) – форма ревматоїдного артриту у дітей, що виявляється тріадою Ґ. Ф. Стілла.

Стілла Ґ. симптом (G. Steell (1851–1942), англійський лікар) – обмежена пульсація передньої стінки грудної клітки поза зоною серцевого поштовху; ознака прилеглої до грудної стінки пухлини або аневризми аорти.

Такаясу М. хвороба (M. Takayasu (1872–?), японський лікар; син.: хвороба відсутности пульсу; синдром дуги аорти; численний облітерувальний панартерит) – облітерувальний брахіоцефальний артерит: пульс на руках не пальпується, на ногах пальпується добре, гіпертензія в нижній і гіпотензія у верхній частині тіла, тахікардія, гіперсенситивний рефлекс каротидного синуса зі схильністю до колапсу, систолічний і діастолічний серцевий шум, шум кровоносних судин над дугою аорти, ортостатичний колапс, запаморочення, погіршення пам’яти; недостатнє кровопостачання очей із періодичними розладами зору («зорова клаудикація»), тимчасова сліпота з можливим переходом у стійку внаслідок атрофії сітківки або зорового нерва, часто помутніння кришталика, атрофія райдужної оболонки; можливі також трофічні порушення: атрофія шкіри і м'язів, м'яких частин обличчя (геміатрофія), трофічні виразки на кінчику носа, носовій перегородці, піднебінних і вушних хрящах; випадіння зубів, альвеолярна піорея; шум у вухах, послаблення слуху до повної глухоти, claudicatio intermittens masticatoria.

Фабрі Дж. хвороба (J. Fabry (1860–1930), німецький дерматолог; син.: дифузна ангіокератома тулуба) – різновид ангіоми з ороговінням (домінантний, зчеплений з Х-хромосою, тип успадкування): крапчасті або більшої величини синюшні або чорні утвори переважно на губах, щоках, пахвах, пупку, калитці та дистальних фалангах пальців, слабке потовиділення; парестезії верхніх кінцівок із ревматоїдним болем, відтак роздратованість, біль голови, зниження пам'яті, розумових здібностей; кардіовазоренальний симптомокомплекс – набряк нижніх кінцівок, ниркова недостатність із постійною ізостенурією та періодична гіперазотемія; розширення меж серця, систолічний шум над

верхівкою, гіпертензія; артерії і вени очного дна звивисті, хворіють, за невеликим винятком, чоловіки.

Фалло Е. Л. А. тетрада (E.-L. A. Fallot (1850–1911), французький лікар; син.: синдром Е. Л. А. Фалло) – поєднання аномалій серця і великих судин (імовірно, автосомно-домінантний тип успадкування): декстропозиція аорти, дефект міжшлуночкової перегородки, стеноз легеневого стовбура, гіпертрофія правого шлуночка; клінічні ознаки (з'являються вже у грудному віці): ціаноз, труднощі під час годування, затримання розвитку, задишка під час будь-якого навантаження, запаморочення, поліцитемія, пальці у вигляді «барабанних паличок»; аускультативно – довгий грубий систолічний шум у середній частині груднини, який поширюється поперечно, грубе «котяче муркотіння»; ЕКГ – декстрограма, легеневий зубець Р, відтак перевантаження правого шлуночка; катетеризація – знижений тиск у легеневому стовбурі та значне його підвищення у правому шлуночку.

Фідлера К. Л. міокардит (C. L. Fiedler (1835–1921), німецький лікар; син.: Абрамова С. С. – Фідлера К. Л. міокардит, міокардит злоякісний, міокардит ізольований проміжний гострий, міокардит ідіопатійний (myocarditis idiopathica)) – хвороба нез'ясованої етіології, що характеризується виникненням міокардиту з серцевою недостатністю, порушеннями ритму та провідності, внутрішньосерцевим тромбоутворенням і емболізацією артерій великого кола кровообігу.

Фредеріка Л. синдром (L. Fredericq (1851–1935), бельгійський фізіолог; син.: Фредеріка Л. феномен) – поєднання мерехтіння передсердь із повною атріовентрикулярною блокадою; клінічно виявляється тільки дуже рідкісним ритмічним пульсом і розпізнається на підставі результатів ЕКГ.

Фрідрайха Н. атаксія (N. Friedreich (1825–1882), німецький лікар-терапевт, патолог, невролог) – автосомно-рецесивна хвороба, що характеризується дегенеративним ураженням нервової системи внаслідок успадкованої мутації в гені FXN, що кодує білок фратаксин. Хвороба успадковується за автосомно-рецесивним типом.

Хантера Ч. А. хвороба (C. A. Hunter (1873–1955); канадський лікар; син.: синдром Ч. А. Хантера) – одна з форм мукополісахаридозу, мукополісахаридоз 2-го типу (MPS II), рідкісна рецесивна Х-зчеплена генетична хвороба із групи лізосомних хвороб нагромадження. Виникає в результаті дефіциту низки ферментів, що призводить до нагромадження білково-вуглеводних комплексів і жирів у клітинах.

Хортона Б. Т. хвороба (B. T. Horton (1895–1980), американський лікар; син.: гігантоклітинний артеріїт, «скроневий артеріїт») – гранульоматозний артеріїт, що уражає скроневу артерію. Переважно хворіють люди віком понад 50 років. Клінічні ознаки описав Б. Хортон у 1932 р. Досі точні причини виникнення гігантоклітинного артеріїту невідомі. Існує припущення, що вони пов'язані з порушенням функції імунної системи. Відомо лише, що хвороба виникає внаслідок порушення імунних реакцій, найчастіше уражає жінок віком 70–80 років. Більш ніж у 50,0 % хворих виявляють антитіла до імуноглобуліну типів М і А, а також відкладення імунних комплексів на уражених артеріях.

Чарґа Дж. – Строс Л. синдром (J. Churg (1910–2005), американський патолог, L. Strauss (1913–1985), німецько-американська патологиня; син.: гіпереозинофільна астма з васкулітом, поліартеріїт із ураженням легень, алергійний гранульоматозний ангіїт) – гранульоматозне запалення дихальних шляхів, спровоковане астмою, еозинофілією та некротизувальним васкулітом дрібних і середніх судин.

Шагаса К. Р. Дж. хвороба (C. R. J. Chagas (1879–1934), бразильський лікар, мікробіолог, епідеміолог; син.: трипанозоматоз американський, збудник – Trypanosoma crusi) – спричиняються зменшенням метасимпатичних нейронів, субстанції Р і VIP у серці, стравоході, товстій кишці, з клінічними проявами серцевої недостатности.

Шая Дж. М. – Дрейджера Дж. А. синдром (G. M. Shy (1919–1967), американський невропатолог; G. A. Drager (1917–?), американський невропатолог) – варіант мультисистемної атрофії з переважанням вегетативної недостатности, а саме, ортостатичної гіпотензії, тазових розладів.

Шегрена К. Ж. Т. синдром (K. G. T. Sjogren (1896–?), шведський невропатолог і психіатр) – поєднання двобічної вродженої катаракти з олігофренією, затримкою фізичного розвитку і мозочковою атаксією.

Шегрена Г. синдром (H. S. C. Sjogren (1899–?), шведський офтальмолог) – автоімунне системне ураження сполучної тканини, що виявляється залученням до патологічного процесу залоз зовнішньої секреції, головним чином слинних і слізних, і хронічним перебігом.