

**Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет**

**ННМЦ "Університетська клініка"
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО**

**ОСНОВИ ФОРМУЛЮВАННЯ
КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ ТА
ВИЗНАЧЕННЯ УМОВ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ**

**Навчальний посібник
Третє видання перероблене та доповнене**



**Запоріжжя
2017**

УДК616.1/.6-07-082(075.8)

ББК 54.1я73

О 75

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні Центральної методичної ради
ЗДМУ від 24.11.2016 року, протокол № 2

Авторський колектив:

Кривенко В.І., Пахомова С.П., Федорова О.П., Колесник М.Ю., Непрядкіна І.В., Качан І.С.

Рецензенти:

Н.С. Михайловська – д. мед. н., професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Запорізького державного медичного університету.

С.Я. Доценко – д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб № 3 Запорізького державного медичного університету.

О 75 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» / В.І. Кривенко, С.П. Пахомова, О.П. Федорова. [та ін.]. – Запоріжжя: АА Тандем, 2017. – 432 с.

Наведені у посібнику матеріали ґрунтуються на нормативних документах МОЗ України, протоколах та рекомендаціях вітчизняних та міжнародних лікарських товариств щодо діагностики та лікування найпоширеніших захворювань внутрішніх органів. Третє видання посібника містить зміни у підході до класифікацій та формулюванні діагнозів згідно нових протоколів та стандартів. Розширені розділи з гематології, ендокринології, пульмонології, ревматології, наведені коди МКХ-10.

УДК 616.1/.6-07-082(075.8)

ББК 54.1я73

ISBN 978-966-488-162-0

© Кривенко В.І., Федорова О.П.,
Пахомова С.П. [та ін.], 2017
© АА Тандем 2017

ЗМІСТ

Зміст	3
Передмова до третього видання	6
Вступ	7
Захворювання серцево-судинної системи	9
Артеріальна гіпертензія	9
Ішемічна хвороба серця	26
Дисліпідемії	63
Порушення ритму та провідності	73
Хронічна серцева недостатність	85
Гостра серцева недостатність	91
Вегето-судинна дистонія	96
Кардіоміопатії	97
Міокардити	102
Перикардити	106
Інфекційний ендокардит	110
Набуті вади серця	115
Гостра легенева емболія	125
Захворювання органів дихання	132
Грип та ГРВІ	132
Пневмонії	135
Захворювання плеври	144
Хронічне обструктивне захворювання легень	146
Бронхіальна астма	155
Синдром апное – гіпноє сну	161
Інші хвороби бронхолегеневої системи	164
Легенева гіпертензія	168
Алергічні стани і захворювання	174
Алергічний риніт	174
Полінози	176
Інсектна алергія	176
Кропив`янка, набряк Квінке	178
Анафілактичний шок	183
Медикаментозна алергія	185

Захворювання нирок	187
Хронічна хворба нирок (ХХН)	187
Гломерулонефрити	203
Інфекції сечової системи	210
Аномалії розвитку та СКХ	216
Тубуло-інтерстеціальні нефрити	218
Гостра ниркова недостатність	222
Хвороби органів травлення	225
Захворювання стравоходу	225
Гастро-езофагально рефлюксна хвороба	226
Функціональна диспепсія	233
Хронічні гастрити	237
Виразкова хвороба (пептична виразка)	243
Хронічний панкреатит	248
Хронічний холецистит	255
Постхолецистектомічний синдром	259
Хронічні гепатити	261
Цироз печінки	267
Алкогольна хвороба печінки	273
Неалкогольга жирова хвороба печінки	278
Захворювання кишечника	282
Ревматичні хвороби та хвороби опорно-рухового апарату	297
Гостра ревматична лихоманка	297
Ревматоїдний артрит	300
Спондилоартропатії	310
Псоріатичний артрит	316
Реактивний артрит	328
Синдром Рейтера	330
Подагра	332
Остеоартроз	334
Остеопороз	343
Системні захворювання сполучної тканини	345

Захворювання ендокринних органів	353
Цукровий діабет	353
Дифузний токсичний зоб	368
Гіпотиреоз	371
Хронічний аутоімунний тиреоїдит	375
Хронічна недостатність наднирникових залоз	376
Нецукровий діабет	377
Ожиріння	379
Захворювання органів кровотворення	383
Анемії	383
Гемобластози	395
Геморагічні діатези	422
Література	426

Передмова до третього видання посібника переробленого та доповненого

Попередні видання посібника широко використовуються в практиці лікарів терапевтичного напрямку як довідковий матеріал при формулюванні клінічного діагнозу та визначенні умов надання медичної допомоги.

Це – третє видання посібника, яке містить зміни у підході до класифікацій та формулюванні діагнозів згідно нових протоколів та стандартів діагностики та лікування, за 2 роки затверджені біля 23 Наказів МОЗ України (Адаптовані клінічні настанови та протоколи надання медичної допомоги). В посібнику розширені розділи з гематології, ендокринології, пульмонології, ревматології, гастроентерології, кардіології, надані шифри за МКХ – 10.

Сподіваємося, що посібник і надалі буде надавати допомогу в роботі, а лікарям-інтернам давати можливість мати підказку при формулюванні діагнозу. Створення третього видання є необхідним та актуальним.

ВСТУП

Діагностика та формулювання діагнозу – одне з основних завдань лікаря. Залежно від клінічного діагнозу призначається відповідне обстеження та лікування, яке може бути адекватним та ефективним лише в разі правильної та своєчасної діагностики. В наступний час сформульовані вимоги до діагнозу: правильний, своєчасний, обґрунтований, повний, логічно побудований, який відповідає прийнятим класифікаційним підходам.

Діагноз (від грецького *diagnosis* – розпізнавання) це медичний висновок про стан здоров'я людини, про виявлене захворювання або причину смерті, сформульований в термінах, передбачених прийнятими класифікаціями та відображеними в номенклатурі хвороб та причин смерті.

Діагноз може бути: синдромологічним, нозологічним; попереднім або заключним; клінічним, патологоанатомічним та іншим.

Формулювання діагнозу дозволяє простежити думку лікаря не тільки про нозологію, а й про причину, активність хвороби, перебіг, функціональний стан, також виявити відповідність його уявлень сучасним стандартам та підходам до цього захворювання.

Головним принципом формулювання діагнозу є наявність у ньому трьох рубрик: основне (основні) захворювання, ускладнення основного захворювання, супутні захворювання.

Клінічний діагноз має бути:

- *нозологічним* – містити назву певного захворювання згідно з номенклатурою МКХ-10;
- *етіологічним* – відображати конкретну причину розвитку цієї нозологічної форми;
- *патогенетичним* – відображати особливості патогенезу цього захворювання та його ускладнень;
- *морфологічним* – відображати морфологічну сутність і органну локалізацію основних патологічних процесів, осо-

бливості перебігу захворювання, поширеність ураження, наявності – патогістологічну характеристику процесу;

– *функціональним* – відображати ступінь порушення функції ураженої системи, яка досить часто пов'язана з кількісною характеристикою функціональної недостатності.

Основне захворювання в діагнозі – захворювання (травма), яке саме пособі або через свої ускладнення привели хворого за медичною допомогою, є причиною госпіталізації, обстеження та лікування, втрати працездатності або причиною смерті.

Конкуруючі захворювання – дві або більше одночасно існуючі хвороби, кожна з яких рівноцінно може вважатися основним захворюванням, а у разі смерті може стати її причиною.

Поєднані захворювання – дві або більше нозологічні форми з різною етіологією та патогенезом, кожна з них не є смертельною, але, поєднуючись у часі, потенціюють одна одну, що призводить до смерті.

Фонове захворювання – захворювання, що передуює основному або зберігається з ним у часі й відіграє суттєву роль у несприятливому перебігу та розвитку ускладнень основного захворювання.

Ускладнення основного захворювання – патологічні процеси, які патогенетично з ним пов'язані, обтяжують його перебіг та наслідки.

Супутні захворювання – нозологічні форми, які етіологічно та патогенетично не пов'язані з основним захворюванням і несуттєво впливають на його перебіг. У цій рубриці бажано зазначати всі виявлені нозологічні форми, оскільки деякі з них при загостренні чи несприятливому перебігу можуть стати основними хворобами.

Клінічний діагноз може бути попереднім (при первинному огляді чи госпіталізації пацієнта), етапним, заключним (при виписці або випадку смерті).

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

*Наказ МОЗ України № 384 24.05.2012,
Рекомендації ESH та ESC 2013*

Артеріальна гіпертензія – підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) до 140 мм рт.ст. і вище або діастолічного артеріального тиску (ДАТ) до 90 мм рт.ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях артеріального тиску (АТ) (не менш, ніж 2-3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія, або гіпертонічна хвороба) – це підвищений АТ при відсутності очевидної причини його підвищення.

Вторинна гіпертензія (симптоматична) – це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Для постановки діагнозу необхідно:

- Визначити симптоми, які пов'язані з АГ.
- Визначити ступінь (рівень) АТ.
- Виявити фактори ризику АГ.
- Виявити ураження органів-мішеней.
- Визначити супутні захворювання, які асоційовані з АГ.
- Встановити наявність гіпертензивного кризу.
- Провести стратифікацію ризику фатальних наслідків.
- Вирішити питання первинної чи вторинної АГ.

Класифікація артеріальної гіпертензії (АГ) за рівнем АТ		
Категорії	САТ мм рт.ст.	ДАТ мм рт.ст.
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія:		
1 ступінь	140-159	90-99
2 ступінь	160-179	100-109
3 ступінь	≥ 180	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≥ 140	≤ 90

Визначення АГ за офісним та позаофісним рівнем АТ		
Умови вимірювання	САТ	ДАТ
Офісний АТ	≥140	≥90
Самовимірювання в домашніх умовах (ДМАТ)*	≥135	≥85
Амбулаторний АТ(АМАТ)		
24-годинний	≥130	≥80
Середньоденний АТ	≥135	≥80
Середньонічний АТ	≥120	≥70

** Якщо для підтвердження діагнозу гіпертензії використують домашнє моніторування АТ, необхідно підтвердити:*

- що для реєстрації одного показника АТ проводиться два послідовних вимірювання з інтервалом не менше 1 хвилини у положенні сидячи;
- АТ вимірюють два рази на день, краще вранці та ввечері, протягом 4 днів, бажано – 7;
- рівень домашнього АТ є середнім значенням цих записів, за винятком першого дня моніторингу.

Клінічні показання для позаофісного моніторингу АТ з діагностичною метою

Клінічні показання до ДМАТ або АМАТ:

- Підозра на АГ «білого халата».
- 1-й ступінь АГ в офісі лікаря.
- Високий офісний АТ в осіб, у яких відсутнє безсимптомне ураження органів та з низьким загальним серцево-судинним ризиком.
- Підозра прихованої АГ.
- Високий нормальний АТ в офісі лікаря.
- Нормальний офісний АТ в осіб з безсимптомним ураженням органів або з високим загальним серцево-судинним ризиком.
- Виявлення ефекту «білого халату» у хворих з АГ.
- Значна мінливість офісного АТ під час одного й того або різних візитів.
- Автономна, постурална, постпрандіальна гіпотензія, викликана післяобіднім відпочинком та лікарськими засобами.
- Підвищений АТ або підозра на пре еклампсію у вагітних жінок.
- Визначення істинної та помилкової резистентної АГ.

Класифікація рівня АГ при проведенні АМАТ за даними програми DABL						
	Низький, мм рт.ст.	Норма, мм рт.ст.	Межевий рівень, мм рт.ст.	М'яка, мм рт.ст.	Помірна, мм рт.ст.	Тяжка, мм рт.ст.
День						
САТ	<100	100-135	136-140	141-155	156-170	>170
ДАТ	<65	65-85	86-90	91-100	101-110	>100
Ніч						
САТ	<90	91-120	121-125	126-135	136-150	>150
ДАТ	<50	51-70	71-75	76-85	86-100	>100

Специфічні показання до АМАТ:

- Значна невідповідність між офісним та домашнім АТ.
- Оцінка статусу зниження АТ під час сну.
- Підозра на нічну АГ або відсутність зниження АТ під час сну, наприклад, у пацієнта із нічним апное, ХХН або ЦД.
- Оцінка варіабельності АТ.

При формулюванні діагнозу **гіпертонічної хвороби I стадії** необхідно вказати ступінь АГ та фактори ризику, тому що в залежності від їх кількості ризик може бути низьким, помірним, високим.

При формулюванні діагнозу **гіпертонічної хвороби II стадії** необхідно конкретно вказати на підставі чого встановлюється II стадія захворювання (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, бляшки в сонній артерії, мікроальбумінурії, тощо). Підставою для зазначення в діагнозі гіпертензивного серця є наявність електрокардіографічних, рентгенологічних або ультразвукових ознак гіпертрофії або порушення діастолічного розслаблення міокарда лівого шлуночка. Якщо встановлено, що АГ має вторинний характер, спочатку формулюють основний діагноз, а потім зазначають: «Вторинна артеріальна гіпертензія» та вказують її стадію залежно від ураження органів-мішеней. Якщо вторинна АГ є провідним синдромом і зумовлює обмеження працездатності, то діагноз АГ можна вказувати на першому місці.

У хворих з протеїнурією в діагнозі слід вказати на наявність гіпертензивного ураження нирок (якщо відсутня інша причина протеїнурії).

Діагноз **гіпертонічної хвороби III ст.** також необхідно обґрунтувати наявністю серцевої недостатності, перенесеного мозкового інсульту та ін. (див. класифікацію).

Діагноз III стадії гіпертонічної хвороби за наявності інфаркту міокарда, інсульту чи інших ускладнень слід

встановлювати лише у тому разі, коли ці серцево-судинні ускладнення виникають на тлі тривало існуючої гіпертонічної хвороби, що підтверджується наявністю об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка, генералізованого звуження артерії сітківки тощо).

Класифікація артеріальної гіпертензії за ураженням органів-мішеней	
Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней відсутні
Стадія II	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції. Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографії) або Генералізоване звуження артерій сітківки, або Мікроальбумінурія чи протеїнурія та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (у Ч – 115-133 мкмоль/л, у Ж – 107-124 мкмоль/л) Ураження сонних артерій – ТІМ $\geq 0,9$ або наявність бляшки
Стадія III Серце Мозок Очне дно Нирки Судини	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції; Інфаркт міокарда, Серцева недостатність II А-III ст. Інсульт, Транзиторна ішемічна атака; Гостра гіпертензивна енцефалопатія, Судинна деменція; Крововиливи та ексудати в сітківку з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази артеріальної гіпертензії) Концентрація креатиніну в плазмі: у Ч – > 133 мкмоль/л, у Ж – > 124 мкмоль/л або розрахована клубочкова фільтрація – < 60 мл/хв./ $1,73 \text{ м}^2$ Розшарування аорти Оклюдивне ураження периферичних артерій

Фактори ризику, ураження органів-мішеней і супутні захворюванням при АГ

Фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні захворювання
Вік (ч > 55, ж > 65 р.) Паління Дисліпідемія Серцево-судинні захворювання у молодому віці в сім'ї (ч > 55, ж > 65 р.) Абдомінальне ожиріння (талія Ч > 102 см, Ж > 88 см) Глюкоза натще 5,6-6,9 ммоль/л Порушення толерантності до глюкози Високий пульсовий тиск у осіб похилого віку > 60 мм рт.ст.	<i>Гіпертрофія ЛШ</i> (за даними ЕКГ – індекс Соколова-Лайона – > 38 мм, індекс Корнелла – > 2440 мм/мс, ЕхоКГ критерії – ІММ ЛШ для Ч – ≥ 125, Ж – ≥ 110 г/м²) <i>Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин</i> (ТІМ - > 0,9, атеросклеротичні бляшки) Індекс АТ гомілка/плечова артерія < 0,9 <i>Підвищення рівня креатиніну сироватки крові</i> (ч – 115-133 мкмоль/л, ж – 107-124 мкмоль/л) при ШКФ – < 60 мл/хв./1,73 м² <i>Мікроальбумінурія</i> (30-300 мг/24 год., відношення альбумін/креатинін – Ч – > 22 мг/г або > 2,5 мг/ммоль, Ж – > 31 мг/г або > 3,5 мг/ммоль)	<i>Цукровий діабет</i> (глюкоза крові натще – $\geq 7,0$ ммоль/л, через дві години після – глюкозного навантаження > 11 ммоль/л) <i>Цереброваскулярні захворювання</i> (Ішемічний інсульт, крововилив у мозок, ТІА) <i>Хвороби серця</i> (ІМ, стенокардія, перенесена операція реваскуляризації, СН) <i>Хвороби нирок</i> (діабетична нефропатія, ниркова недостатність: креатинін сироватки крові у Ч – > 133 мкмоль/л, Ж – > 124 мкмоль/л, протеїнурія – > 300 мг/24 год.) <i>Ураження периферичних артерій</i> <i>Важка ретинопатія</i> (геморагії, ексудати, набряк диску зорового нерва)

Класифікація гіпертензивних кризів

Основні критерії гіпертензивного кризу (ГК):

1. Раптовий початок;
2. Значне підвищення АТ від початкового нормально-го або підвищеного рівня (САТ – 20-100 мм рт.ст., ДАТ – 10-50 мм рт.ст.);
3. Поява або посилювання клінічних симптомів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи.

Неускладнений ГК – немає гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, потенційної загрози життю, вимагає зниження АТ упродовж декількох годин.

Ускладнений ГК – гостре або прогресуюче ураження органів-мішеней, є загроза життю, вимагає термінового зниження АТ упродовж 1 години.

1. Інфаркт міокарда.
2. Нестабільна стенокардія.
3. Гостра недостатність ЛШ.
4. Аритмії (ПТ, ФП, ШЕ високих градацій).
5. Інсульт.
6. Транзиторна ішемічна атака.
7. Гостра гіпертензивна енцефалопатія.
8. Кровотеча (в т. ч. носова).
9. Еклампсія.
10. Гостра розшаровуюча аневризма аорти.

Визначення серцево-судинного ризику. Під останнім розуміють той ризик ускладнень, якого зазнає хворий внаслідок підвищення АТ, а також наявності супутніх серцево-судинних захворювань, ураження органів-мішеней та основних факторів ризику.

Наказ МОЗ України №384

Стратифікація ризику при АГ			
Чинники ризику (+АГ)	АГ I ступеня 140-159/90-99	АГ II ступеня 160-179/100-109	АГ III ступеня >180/>110
	Ризик		
Відсутні	Додатковий низький (I)	Додатковий помірний (II)	Додатковий високий (III)
1-2 чинника ризика	Додатковий помірний (II)	Додатковий помірний (II)	Додатковий дуже високий (IV)
> 3 чинників ризику, або ураження органів-мішеней, або ЦД	Додатковий високий (III)	Додатковий високий (III)	Додатковий дуже високий (IV)
Супутні захворювання	Додатковий дуже високий (IV)	Додатковий дуже високий (IV)	Додатковий дуже високий (IV)

Стратифікація ризику для оцінки у пацієнтів з АГ <i>Рекомендації ESH/ ESC 2013</i>				
ФР, та/або захворювання, та/або УОМ	Рівень АТ, мм рт.ст.			
	Високий\ нормальний САТ 130-139 ДАТ 85-89	АГ I ступеня САТ 140-159 ДАТ 90-99	АГ II ступеня САТ 160-179 ДАТ 100-109	АГ III ступеня САТ >180 ДАТ >110
ФР відсутні		Низький	Помірний	Високий
1-2 ФР	Низький	Помірний	Помірний/ високий	Високий
≥3 ФР	Низький/ помірний	Помірний/ високий	Високий	Високий
УОМ ХХН III ст. ЦД	Помірний/ високий	Високий	Високий	Високий / дуже високий
ССЗ, ЦД+ УОМ/ФР/ ХХН IV	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий

Примітки: УОМ - ураження органів-мішеней.

САТ - систолічний АТ. ДАТ - діастолічний АТ.

Артеріальна гіпертензія – це підвищення САТ >140 мм рт. ст. і/або ДАТ >90 мм рт. ст. у дорослих незалежно від віку.

Фактори, які впливають на оцінку ризику при АГ	
Фактори ризику	1. Чоловіча стать 2. Вік (Ч > 55 років, Ж > 65 років) 3. Паління 4. Дисліпідемія ЗХ >4,9 ммоль/л, та/або ЛПНЩ >3,0 ммоль/л, та/або ЛПВЩ у Ч < 1,0, а у Ж < 1,2 ммоль/л, тригліцериди > 1,7 ммоль/л; 5. Глюкоза в плазмі натще 5,6-6,9 ммоль/л 6. Ожиріння, індекс маси тіла >30 кг/м² 7. Порушення толерантності до глюкози 8. Абдомінальне ожиріння (талія Ч > 102 см, Ж > 88см) 9. Серцево-судинні захворювання у молодому віці в сім'ї (Ч – до 55 років, Ж – 65 років)
Безсимптомні ураження органів-мішеней	1. Високий пульсовий тиск у осіб похилого віку > 60 мм рт.ст. 2. ЕКГ ознаки ГЛШ – індекс Соколова-Лайона – >35мм, R AVL >11 мм, індекс Корнелла – > 2440мм/мс 3. ЕХОКГ ознаки ГЛШ– ІММ ЛШ для Ч – ≥ 115, Ж – ≥ 95 г/м²) 4. Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (ТІМ – > 0,9, атеросклеротичні бляшки) 5. Сонностегневе співвідношення швидкості пульсової хвилі – ≥10 м/с 6. Індекс АТ голілка/плечова артерія < 0,9 7. ХХН зі ШКФ 30-60 мл/хв/1,73 м² 8. Мікроальбумінурія (30-300 мг/24 год., відношення альбумін/креатинін – >3,4 мг/ммоль
Цукровий діабет	1. Глюкоза плазми натще ≥ 7,0 ммоль/л при двох повторних вимірюваннях та/або 2. НbA ≥7,0% та/або 3. Глюкоза плазми крові після навантаження більше ≥ 11,0 ммоль/л

СС-захворювання або захворювання нирок	1. Цереброваскулярні захворювання (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, ТІА). 2. ІХС (ІМ, стенокардія, перенесена операція ре-васкуляризації), СН, в тому числі із збереженою фракцією викиду 3. Ураження периферичних артерій нижніх кінцівок. 4. ХХН з ШКФ менше 30мл/хв./1,72 м ² 5. Протеїнурія > 300 мг/добу 6. Важка ретинопатія (геморагії, ексудати, набряк диску зорового нерва)
--	---

Формула СКД-ЕРІ	$\text{ШКФ} = 141 \times \min(\text{Scr}/k,)^a \times \max(\text{Scr}/\text{km } 1)^{-1,209} \times 0.993^{\text{вік}} \times 1,018 \text{ (у жінок)} \times 1,159 \text{ (у чорношкірих)}$
де, Scr – креатинін сироватки у мг/дл, k – 07 у жінок та 0,9 у чоловіків, a = -0,329 у жінок, та -0,411 у чоловіків, min Scr/k або 1, a max = максимум Scr/k або 1	
<i>Примітка:</i> Обчислення проводять за допомогою спеціальних комп'ютерних програм, програм для смартфонів та планшетів або онлайн.	
У випадках, коли необхідно терміново визначити ШКФ і немає можливості для обчислення ШКФ за формулою СКД-ЕРІ, допускається обчислення за формулою Кокрофта-Голта з обчисленням за формулою СКД-ЕРІ у майбутньому.	
Формула Кокрофта-Голта	$\text{ШКФ} = [(140 - \text{вік}) \times (\text{маса тіла}) / 72 \times (\text{креатинін сироватки})] \times (0,85 \text{ у жінок}),$ де маса тіла виражена в кг, вік – у роках, креатинін сироватки – в мг/дл.

Цільвий рівень офісного АТ:

- САТ < 140 мм рт.ст. всім хворим – дуже високим, високим, з помірним та низьким ризиком, пацієнтам з ЦД, хворим на ІХС, ХХН, цереброваскулярні захворювання.
- У пацієнтів похилого віку САТ може складати 140-150 мм рт.ст.
- ДАТ < 90 мм рт.ст. всім пацієнтам з АГ, крім хворих на ЦД, яким треба знижувати АТ < 85 мм рт.ст.

Вторинні артеріальні гіпертензії:

- **Ожиріння**

- **Поліцитемія**

- **Екзогенні:** порушення харчування (надмірне вживання натрію хлориду, попередників синтезу катехоламінів – тверді сири, червоне вино, зловживання алкоголем), зумовлені застосуванням (пероральних контрацептивів, естрогенів, глюко- та мінералокортикоїдів, інгібіторів MAO, НСПЗП, циклоспорину, наркотичних речовин, засобів, на фоні яких виникла гіпоглікемія).

- **Ренопаренхиматозні:** вроджені дефекти розвитку нирок, полікістоз, нефроптоз, анальгетична нефропатія. системні васкуліти, пієлонефрити, СКХ, ЦД, обструктивні нефропатії, гломерулонефрити, ураження нирок при колагенозах, променева хвороба, рак нирки, травми нирки, ХНН.

- **Реноваскулярні**

- **Ураження крупних судин:** коарктація аорти, атеросклероз аорти, стенозуючі ураження сонних та хребтових артерій.

- **Ендокринні:** феохромоцитома, первинний альдостеронізм, ДОКС-продукуючі пухлини, адреногенітальний синдром, гіперкортицизм, первинна гіперпродукція реніну, акромегалія, гіперпаратиреоїдизм, гіпер- та гіпотиреоїдизм, ендотелінпродукуючі пухлини.

- **Гіпертензія у період вагітності**

- **Естрогензалежні**

- **Нейрогенні:** пухлини мозку, інсульт, травма голови, енцефаліти, порфірія, хворі з затримкою вуглекислоти (емфізема легень, БА, пневмосклероз, синдром Піквіка).

- **Стресові:** гострий стрес, збудження, післяопераційні стани, після опіків.

- **Синдром апное у ві сні**

– **Гемодинамічні:** збільшений серцевий викид (недостатність АК, відкрита артеріальна протока, синдром тиреотоксикозу, гіперкінетичний тип гемодинаміки), повна А-В блокада.

Артеріальна гіпертензія у вагітних

I. АГ, що передувала вагітності (хронічна АГ):

- первинна АГ, або гіпертонічна хвороба;
- вторинна АГ.

II. АГ, зумовлена вагітністю:

- гестаційна гіпертензія – тільки підвищення АТ;
- преєклампсія – гіпертензія з протеїнурією (> 300 мг/л, або >300 мг/добу);
- еклампсія.

III. Поєднана преєклампсія.

IV. Гіпертензія не уточнена (допологова неklasифікована АГ).

Код за МКХ 10

Гіпертонічна хвороба – I 10-I 13.

Вторинна артеріальна гіпертензія – I 15.

Гіпертонічна хвороба з переважним ураженням серця – I 11 (з СН – I 11.0, без СН – I 11.9).

Гіпертензивне ураження нирок – I.12 (з нирковою недостатністю – I 12.0, без неї – I 12.9).

Комбіноване ураження серця та нирок з або без СН та /або ниркової недостатності) – I 13 (I 13.0, I 13.1, I 13.2, I 13.9).

Гіпертонічна хвороба є супутнім захворюванням з ІХС (I20-I25), або цереброваскулярним захворюванням (I60-I 69) – то кодується ІХС або цереброваскулярне захворювання та використовується п'ята підрубрика 7 після крапки (п'ятим знаком коду). Наприклад, I 25.2.7.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гіпертонічна хвороба I стадія, 1 ступінь, ризик 1 (низький). **МКХ-10: I 10.**
2. Гіпертонічна хвороба I стадія, 1 ступінь, ризик 2 (помірний), тютюнопаління. **МКХ-10: I 10.**
3. Гіпертонічна хвороба I стадія, 2 ступінь, ризик 3 (високий), тютюнопаління, дисліпідемія, абдомінальне ожиріння. **МКХ-10: I 10.**
4. Гіпертонічна хвороба II стадія, 2 ступінь. ІХС: стабільна стенокардія напруження, II ФК, СН I стадії. Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 20.8.7.**
5. Гіпертонічна хвороба II ст., ступінь 3. Гіпертензивне серце (ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка), СН I ст., II ФК. Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 11.0.**
6. Гіпертонічна хвороба II ст., ступінь 2. Гіпертензивне серце (концентрична ГЛШ) СН 0 ст. Ризик високий. Неускладнений гіпертензивний криз (дата). **МКХ-10: I 11.9.**
7. Гіпертонічна хвороба II ст., ступінь 3. Мікроальбурія. Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 12.9.**
8. Гіпертонічна хвороба III ст., 2 ступінь. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (вказати дату інфаркту), СН I ст., NYHA II ФК, ризик 4 (дуже високий). **МКХ-10: I 25.2.7.**
9. Гіпертонічна хвороба III ст., 2 ступінь. Гіпертензивне серце, СН IIA ст. із систолічною дисфункцією, NYHA III ФК, ризик дуже високий. **МКХ-10: I 11.0.**
10. Гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 2. Залишкові явища гострого порушення мозкового кровообігу (вказати судинний басейн, вид інсульту). Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 69.4.7.**
11. Гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 3. Хронічна гіпертензивна енцефалопатія III ст. (або дисциркуляторна гіпертензивна енцефалопатія III ст., вказати неврологічний синдром), ризик дуже високий. **МКХ-10: I 69.4.7.**

12. Гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 3. Транзиторна ішемічна атака (вказати судинний басейн). Ризик 4 (Дуже високий). **МКХ-10: G 45.8.7.**

13. Гіпертонічна хвороба III ст. ступінь 2, концентрична ГЛШ, СН0. ХХН: III стадія (гіпертензивна нефропатія). Ризик високий. **МКХ-10: I 12.0.**

14. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ступінь. Ускладнений гіпертензивний криз. ІХС: ГКС без елевації ST (дата). Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 20.0.7.**

15. Гіпертонічна хвороба III ст., ступінь 3. Гіпертензивне серце, постійна форма ФП (CHA2DS2 – VASc 3 бали, HAS-BLED 1 бал), СН II А ст., зі збереженою ФВ, NYHA II ФК. Ризик 4 (дуже високий). **МКХ-10: I 11.0.**

16. ХХН II ст.: сечокам'яна хвороба, вторинний хронічний пієлонефрит у фазі загострення. Вторинна артеріальна гіпертензія II ст., 3 ступінь. Гіпертензивне серце, СН II А ст., зі збереженою систолічною функцією, NYHA II ФК. Ризик дуже високий. **МКХ-10: I 15.1.**

17. Стеноз правої ниркової артерії (вказати генез). Стан після балонної ангіопластики (дата). Вторинна артеріальна гіпертензія II ст., 2 ступінь, гіпертензивне серце (гіпертрофія ЛШ), монотопна лівошлуночкова екстрасистолія, СН I ст., NYHA II ФК, ризик 3 (високий) **МКХ-10: I 15.0.**

18. Феохромоцитома лівої надниркової залози. Вторинна АГ II стадія, ступінь 3. Гіпертензивне серце. Фібриляція передсердь, пароксизмальна форма. СН I ст., NYHA II ФК, ризик дуже високий. **МКХ-10: I 15.2.**

19. Закрита травма голови. Струс головного мозку (дата). вторинна артеріальна гіпертензія I стадія, 2-й ступінь. Неускладнений гіпертензивний криз (дата). Дисліпідемія. Ризик помірний. **МКХ-10: I 15.8.**

20. Гіпертонічна хвороба III стадія, ступінь 3, злоякісний перебіг. Гіпертензивна ретинопатія (набряк диску зорового нерва, крововилив у сітківку), ризик 4 (дуже високий).

21. Аденома правої надниркової залози, первинний гіперальдостеронізм (хвороба Кона). Вторинна АГ, III стадія, ступінь 2. Залишкові явища ішемічного порушення мозкового кровообігу в басейні лівої сонної артерії (січень, 2010 р.). Правосторонній геміпарез. СН I стадії, NYHA II ФК, ризик 4 (дуже високий).

22. Вторинна АГ (медикаментозна, зумовлена вживанням оральних контрацептивів) I ст., 2 ступінь, помірний ризик.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- хворі на АГ I та II ст. підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання в районних поліклініках дільничним терапевтом або сімейним лікарем;
- АГ III ст. із залученням кардіолога не рідше 1 разу на рік;
- неускладнені гіпертензивні кризи.

Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється службою швидкої медичної допомоги.

Показання для госпіталізації:

1. *Ускладнений ГК* – екстрена госпіталізація з урахуванням ускладнення, яке розвинулося, транспортування пацієнта у профільний стаціонар.

2. *Неускладнений ГК* при неможливості моніторингу стану пацієнта у закладах, які надають первинну медичну допомогу, госпіталізація у профільний стаціонар.

3. *Вагітність з еклампсією/пreeклампсією* – у профільний стаціонар.

**Мета госпіталізації пацієнта за екстреними
(невідкладними станами) показаннями:**

- стабілізація стану пацієнта;
- попередження розвитку ускладнень;
- досягнення стабільного зниження АТ до безпечно-го рівня.

Госпіталізація у плановому порядку проводиться до профільного відділення закладу, який надає вторинну медичну допомогу:

1. При загостренні супутніх хронічних захворювань, станів, що ускладнюють перебіг АГ.

2. При необхідності проведення обстеження, яке неможливо забезпечити в амбулаторно-поліклінічних умовах.

3. Для призначення адекватної терапії та/або корекції терапії при неможливості здійснення в амбулаторно - поліклінічних умовах (важкий стан пацієнта, наявність комплексної патології тощо).

4. Для проведення комплексного лікування, в т.ч. оперативних втручань, з використанням сучасних високоефективних технологій.

5. Для проведення заходів реабілітації пацієнтам з ускладненим перебігом АГ.

6. Для надання комплексної медичної допомоги пацієнтам з резистентною АГ.

При плановій госпіталізації проводяться:

1. Обстеження з метою уточнення діагнозу, визначення ступеня ураження органів-мішеней, виявлення серцево-судинних ускладнень;

2. Призначення адекватної терапії/корекція планової терапії.

3. Заходи реабілітації.

Максимальний термін очікування на планову госпіталізацію не повинен перевищувати 1 місяця з моменту направлення. Алгоритм планової госпіталізації пацієнтів у конкретному лікувальному закладі визначається затвердженим локальним протоколом з клінічним маршрутом пацієнта або відповідним наказом по закладу охорони здоров'я.

Госпіталізація при ГК



**ЗОЗ – заклади охорони здоров'я;*

***ГНН – гостра ниркова недостатність.*

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

Клінічна класифікація, 2016

1. Раптова коронарна смерть.

1.1. Раптова клінічна коронарна смерть з успішною реанімацією. **МКХ-10: I 46.0.**

1.2. Раптова коронарна смерть. У разі розвитку на фоні гострої коронарної недостатності або гострого коронарного синдрому (летальний випадок). **МКХ-10: I 24.8 або I 22.**

2. Стабільна стенокардія МКХ-10: I 20.

2.1. Стабільна стенокардія напруження (із зазначенням функціонального класу (ФК) за класифікацією Канадської асоціації кардіологів, у пацієнтів IV ФК можливе приєднання стенокардії малих напруг, яка клінічно проявляється як стенокардія спокою) **МКХ-10: I 20.8.**

2.2. Мікровакулярна стенокардія (наявність клінічних симптомів при відсутності обструктивного ураження артерій за даними ангіографії **МКХ-10: I 20.8).**

2.3. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна Принцметала). **МКХ-10: I 20.1.**

2.4. Рефрактерна стенокардія (хронічний стан, викликаний клінічно підтвердженою рекурентною ішемією міокарда за наявності ураження коронарних судин, яка не може бути адекватно контрольована за допомогою комбінованої медикаментозної терапії, ангіопластики або АКШ, **МКХ-10 – I 20.8.**

3. Нестабільна стенокардія МКХ-10: I 20.0.

3.1 Стенокардія, яка виникла вперше. Діагноз виставляється протягом 28 діб від появи першого ангінозного нападу з прогресуванням класу стенокардії до III ФК.

3.2 Прогресуюча стенокардія (поява стенокардії спокою або нічних нападів у хворого із стенокардією напруги, підвищення ФК стенокардії, щонайменше до III ФК,

прогресуюче зниження толерантності до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).

3.3 Постінфарктна стенокардія (від 72 годин до 28 діб). МКХ-10: I 23.8.

4. Гострий інфаркт міокарда МКХ-10: I 21.

Діагноз установлюють із зізначенням дати виникнення (до 28 діб), локалізації (передня стінка, передньоверхівковий, передньобоковий, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобоковий, нижньозадній, нижньобазальний, верхівковобоковий, базальнолатеральний, верхньобоковий, боковий, задній, задньобазальний, задньобоковий, задньосептальний, септальний, правого шлуночку), рецидивуючий (від 3 до 28 діб), первинний, повторний (вказувати розміри і локалізацію не обов'язково, якщо виникають труднощі в ЕКГ діагностиці).

4.1. Гострий інфаркт міокарда з наявністю патологічного зубця Q. МКХ-10: I 21.0-I 21.3.

4.2. Гострий інфаркт міокарда без патологічного зубця Q. МКХ-10: I 21.4.

4.3. Гострий інфаркт міокарда (невизначений). МКХ-10: I 21.9.

4.4. Рецидивуючий інфаркт міокарда (від 3 до 28 діб), діагностується за умови повторного підвищення з наступним закономірним зниженням рівня кардіоспецифічних ферментів.

4.5. Повторний інфаркт міокарда (після 28 діб). МКХ-10: I 22.

4.6. Гострий коронарний синдром. Діагноз попередній - елевація або депресія сегмента ST, відображає ішемію до розвитку чинників некрозу міокарда або раптової коронарної смерті. МКХ-10: I 24.8.

4.7 Ускладнення гострого інфаркту міокарда вказуються за часом їх виникнення:

- гостра серцева недостатність (класи за Killip I-IV);

- порушення серцевого ритму та провідності;
- розрив серця зовнішній (з гемоперикардом, без гемоперикарду) і внутрішній (дефект міжпередсердної перетинки, дефект міжшлуночкової перетинки, розрив сухожильної хорди, розрив папілярного м'язу);
- тромбоемболії різної локалізації;
- тромбоутворення в порожнинах серця;
- гостра аневризма серця;
- синдром Дресслера;
- епістноперикаритичний ерикардит
- постінфарктна стенокардія (після 72 годин до 28 діб).

5. Кардіосклероз МКХ-10: I 25.

5.1. Постінфарктний кардіосклероз із зазначенням форми та стадії серцевої недостатності, характеру порушення ритму і провідності, числа перенесених інфарктів, їх локалізації та часу виникнення **МКХ – 10: I 25.2.**

5.2. Аневризма серця хронічна МКХ-10: I 25.3.

5.3. Дифузний кардіосклероз з вказівкою на форму і стадію серцевої недостатності, порушення ритму і провідності. **МКХ-10: I 25.1.**

6. Безбольова форма ІХС МКХ-10 I 25.6.

Діагноз базується на підставі виявлення ознак ішемії міокарду за допомогою тесту з фізичним навантаженням, Холтерівського моніторування ЕКГ з верифікацією за даними коронарографії, сцинтиграфії міокарду з талієм, стрес ЕхоКГ.

Примітки:

- *синдром стенокардії може супроводжуватися іншими захворюваннями, які дають відносну коронарну недостатність, і тоді термін «вторинної стенокардії» може фігурувати в діагнозі після зазначення основної патології (аортальний стеноз, вади серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, пролапс мітрального клапану тощо);*
- *під терміном ішемічної кардіоміопатії слід розу-*

міти ІХС, яка підтверджена коронаро- і вентрикулографією (дифузне ураження коронарних артерій, виражена дилатація лівого шлуночка, тотальне зниження скоротливої здатності міокарда, клінічні ознаки серцевої недостатності). Діагноз «ішемічна кардіоміопатія» не слід використовувати без підтвердження спеціальними методами дослідження;

– у діагнозі вказуються лікарняні втручання з зазначенням строку проведення: аортокоронарне шунтування з зазначенням числа шунтів, транслюмінальна ангіопластика і стентування із зазначенням судин, балонна контрапульсація, електрофізіологічні втручання (тимчасова або постійна електрокардіостимуляція, абляція), дефібриляція;

– діагнози слід вказувати у наступній послідовності: раптова коронарна смерть з оживленням, інфаркт міокарда та його ускладнення, стенокардія, різні форми кардіосклерозу, хронічна аневризма серця, порушення ритму серця і провідності, СН.

Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016

Класифікація ІХС за рекомендаціями ЄТК 2013

Діагностичні критерії ішемічного болю у грудній клітині:

– Дискомфорт за грудниною типового характеру та типової тривалості

– Виникнення на фоні фізичного навантаження або емоційного перенавантаження

– Припинення у спокої та/або після прийому нитратів протягом декількох хвилин

Клінічно-патогенетичний профіль ХІХС		
Характеристика		Особливості
Патогенез		Стійкі морфологічні (атеросклероз) і/або функціональні зміни епікардіальних артерій та/або мікроциркуляторного русла
Клінічні форми	Стенокардія напруги – механізм ішемії міокарда	– Фіксований стеноз епікардіальних артерій – Мікрovasкулярна дисфункція – Вазоконстрикція в зоні динамічного стенозу – Сполучення наведених механізмів
	Стенокардія спокою – варіанти вазоспазму	– Епікардіальний – фокальний чи дифузний – Мікрovasкулярна дисфункція – Сполучення наведених механізмів
	Безсимптомна ішемія	– При відсутності ішемії та/або дисфункції ЛШ – При наявності ішемії та або дисфункції ЛШ
	Ішемічна КМП	
Перебіг – хронічний (стабільна симптоматика або відсутність симптомів), зміна на ГКС		

Клінічна класифікація болю у грудній клітині	
Варіант болю	Діагностика
Типовий(визначений)	Наявність всіх 3 діагностичних критеріїв ішемічного болю у грудній клітині
Атиповий(вирогідний)	Наявність 2 діагностичних критеріїв ішемічного болю у грудній клітині
Не ангінозний біль	Наявність < 1 діагностичного критерію ішемічного болю у грудній клітині

Класифікація тяжкості стенокардії напруги (Канадське серцево-судинне товариство)		
Функціональний клас	Клінічний критерій	Умови виникнення стенокардії напруги
I	Відсутність нападів стенокардії в умовах повсякденної активності (хода, підйом по сходинкам)	На фоні інтенсивного навантаження або при швидкісній роботі, або тривалому фізичному навантаженні у робочий чи неробочий час
II	Незначне обмеження повсякденної активності	При ході рівною місцевістю на відстань більше 200 м, або підйомі на >1 етаж сходами у звичайному темпі та типових умовах. Відстань може бути меншою, якщо хода або підйом здійснюються у швидкому темпі, після прийому їжі, в холодну або вітряну погоду, при стресах або протягом декількох годин після пробудження
III	Значне обмеження фізичної активності	Біль виникає при ході на 1-2 квартали (100-200 м) рівною місцевістю або при підйомі сходами на 1 етаж (у звичайному темпі та типових умовах)
IV	Немає можливості виконувати будь-яке фізичне навантаження без дискомфорту в грудній клітці	Може з'являтися у стані спокою

Алгоритм постановки діагнозу XIXС:

1. Клінічна оцінка вирогідності ІХС.
2. Вибір адекватного діагностичного тесту.
3. Стратифікація ризику пацієнта для визначення тактики лікування (медикаментозне, хірургічне).

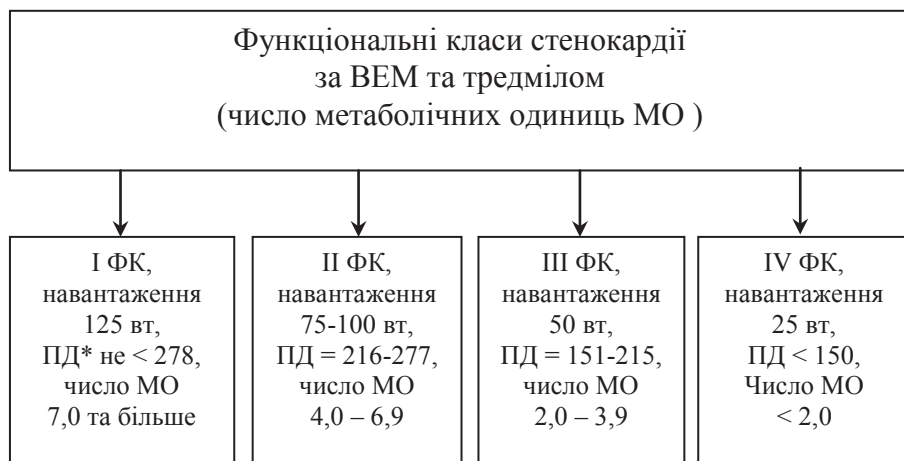
Предтестова вирогідність (ПТВ) ХІХС у пацієнтів зі стабільним боєм у грудній клітині						
Вік, роки	Варіант болю у грудній клітці					
	Типова стенокардія		Атипова стенокардія		Не ангінозний біль	
	Чоловік	Жінка	Чоловік	Жінка	Чоловік	Жінка
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

ПТВ <15% – пацієнти не потребують додаткових обстежень.

ПТВ 15-65% – пацієнти потребують навантажувального ЕКГ тестування, а також якщо є можливість використовувати неінвазивні методи візуалізації, особливо у осіб молодого віку.

ПТВ 66-85% – для діагностики ХІХС показані неінвазивні методи візуалізації.

ПТВ >85% – ХІХС існує, пацієнт потребує тільки стратифікації ризику.



*Примітка. *(ПД (подвійний добуток) = ЧСС x АТ сист / 100).*

Оцінка кардіоваскулярного ризику залежно від методу дослідження		
ЕКГ проби з ДФН (індекс Duke)	Високий ризик Середеій ризик Низький ризик	Смертність > 3% Смертність 1 – 3% Смертність < 1%
Методи візуалі- зації ішемії	Високий ризик Середеій ризик Низький ризик	Ділянка ішемії > 10%, МРТ > 2/16 сегментів з новими дефекта-ми перфузії, більше 3 добутамін індукованих сегментів > 3 сегментів ЛШ на стрес ЕхоКг. Ділянка ішемії 1-10% чи будь яка ішемія меншого обсягу, ніж при високому ризику (МРТ, стресЕХО) Ішемія відсутня.
КТ- корона- рографія	Високий ризик Середеій ризик Низький ризик	Значні ушкодження категорії високого ризику (3-х судинне ураження з проксимальними стенозами. стенозом стовбура ЛКА, проксимальним стенозом предньоїнісхідної міжшлуночкової артерії). Значні ушкодження в проксимальних сегментах головних артерій (за винятком тих, що входять до високого ризику). Нормальні чи мало змінені коронарні артерії.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ІХС: стенокардія напруги ІІІ ФК, стенозуючий атеросклероз ПКА (коронарографія – 12.12.15 р.) СН 0 ст.

2. ІХС: стабільна стенокардія напруги ІІ ФК, стенозуючий атеросклероз ПМША та ПКА (коронарографія 15.08.12.), стентування ПМША (25.08.12), металевий стент, СН І зі збереженою ФВ ЛШ.

3. ІХС: стенокардія напруги ІV ФК, стенокардія спокою, постінфарктний кардіосклероз (Q-ІМ передньої стіни ЛШ, дата), постійна форма фібриляції передсердь (CHA2DS2-VASc 3 бали, HAS-BLED 1 бали) СН ІІ А з систолічною дисфункцією ЛШ, NYHA ІІІ ФК.

4. ІХС: дифузний кардіосклероз, постійна форма фібриляції передсердь, (CHA2DS2-VASc 4 бали, HAS-BLED 2 бали), СН ІІ Б з систолічною дисфункцією ЛШ, NYHA ІІІ ФК.

5. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (QІМ, дата), АКШ (2 шунти – дата), СН І стадії зі збереженою фракцією викиду ЛШ, NYHA ІІ ФК.

6. ІХС: вазоспастична стенокардія (за даними ХМЕКГ 13. 03.16), атеросклероз ПМШГ ЛКА 30% у середній/3 (КВГ 20.03. 16) СН 0 ст.

7. ІХС: мікрovasкулярна стенокардія (стрес-ЕХОКГ з добутамінном 12.04.16, КВК без обструктивного ураження коронарних судин. 16.04.16), СН 0 ст.

8. ІХС: рефрактерна стенокардія ІІІ ФК. атеросклеротичне ураження ПМШГ ЛКА в проксимальній частині – 90%, ПКА 70%, (КВГ 12.03.14), стентування ПМШГ ЛКА 12.03.14 (елютинг стент), СН І ст., зі збереженою ФВ.

9. ІХС: безбольова форма, стенозуючий атеросклероз передньої міжшлуночкової артерії (коронарографія – 10.03.2015) СН 0 ст.

10. ІХС: раптова коронарна смерть (година та дата смерті)

11. ІХС: раптова коронарна смерть із оживлінням (година та дата).

12. Вузликосий полі артеріїт з переважним ураженням судин внутрішніх органів, гострий без з Q ІМ передньосептальної ділянки ЛШ (дата), Killip II.

13. Поліцетимія ІІБ стадії, гострий Q інфаркт міокарда передньо-бокової ділянки (дата).

14. Неревматична вада серця, дегенеративний аортальний стеноз ІІІ ст., вторинна стенокардія напруги ІІІ ФК, СН 0 ст.

15. ІХС: ішемічна кардіоміопатія, атеросклероз ПМШГ ЛКА до 80%, ОГ ЛКА – 80%, ПКА – 70% (КВГ 10.05.14), СН ІІ Б зі зниженою ФВ ЛШ, NYHA ІІІ ФК.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- стенокардія напруги І, ІІ ФК – за місцем проживання, при необхідності обстеження в міських кардіологічних диспансерах та діагностичних центрах;
- стенокардія ІІІ ФК із залученням кардіолога;
- реабілітація хворих, які перенесли ІМ.

Пацієнти зі стабільною стенокардією спостерігаються та лікуються в умовах первинної ланки охорони здоров'я, при наявності симптомів нестабільності статусу пацієнта треба негайно скерувати до спеціалізованого медичного закладу.

Стационарне лікування:

- стенокардія ІV ФК із стенокардією спокою.

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016

Лікарі первинної ланки повинні відігравати важливу роль у ідентифікації та веденні пацієнтів зі стабільною ІХС. Зокрема:

1. Виявляти пацієнтів з симптоматикою, яка передбачає можливий діагноз стабільної ІХС, для подальшого обстеження і лікування.

2. Виявляти хворих з підвищеним ризиком розвитку ІХС та проводити роботу щодо модифікації факторів ризику, включаючи зміни способу життя і терапевтичні заходи, з метою зменшення їх ризику у майбутньому.

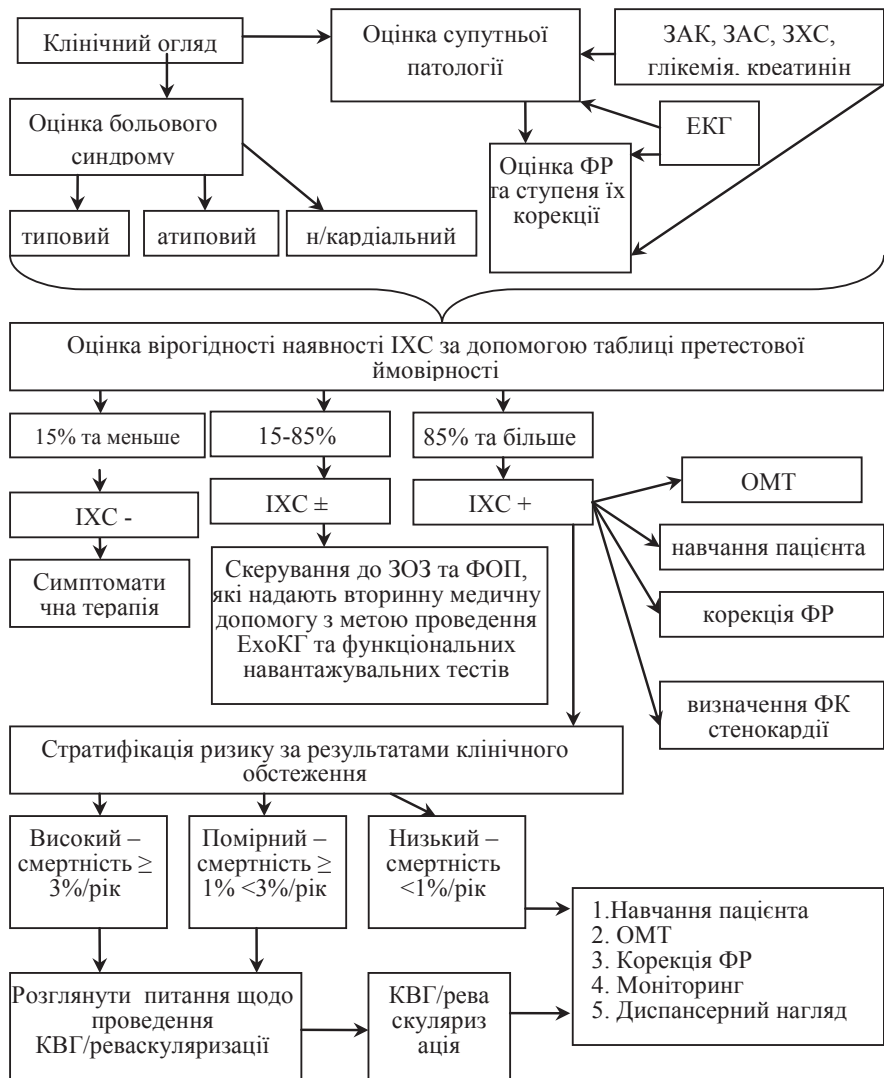
3. Забезпечити, щоб пацієнти зі стабільною ІХС розуміли значення прийому, як симптоматичних, так прогноз-модифікуючих препаратів, тобто обох складових оптимальної медикаментозної терапії, а у відповідних випадках – переваги ПКВ або АКШ.

4. Забезпечити, з відповідними інтервалами, систематичний медичний нагляд/диспансеризацію пацієнтів зі стабільною ІХС для повторної оцінки клінічних симптомів, прийому медикаментів і факторів ризику.

Всі пацієнти зі встановленим діагнозом ІХС потребують моніторингу свого стану і повинні перебувати під диспансерним наглядом лікаря. Переважна більшість пацієнтів перебуває під диспансерним наглядом лікаря ЗОЗ та ФОП, які надає первинну медичну допомогу, пацієнти з ускладненим перебігом ІХС після стабілізації стану за наявності відповідної матеріально-технічної бази можуть перебувати під диспансерним наглядом у спеціаліста (лікаря-кардіолога).

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТУЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІХС

ІХС(+) – наявність ІХС, ІХС (-) – відсутність ІХС, ІХС (±) – потребує обстеження з метою встановлення діагнозу.



Показання до направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу:

- нестабільна стенокардія: невідкладна госпіталізація до спеціалізованого відділення; невідкладна допомога згідно з рекомендаціями ГКС;

- пацієнти, у яких вірогідність ІХС за клінічними ознаками становить від 15 до 85% – з метою встановлення діагнозу та визначення рівня ризику;

- пацієнти з ІХС – для стратифікації ризику та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань;

- пацієнти, у яких на фоні ОМТ клінічна симптоматика ІХС контролюється недостатньо;

- пацієнти з підозрою на наявність вади клапанів, кардіоміопатії тощо;

- пацієнти високого ризику за результатами клінічного обстеження – наявність стабільної стенокардії III-IV ФК, поява симптомів стенокардії у пацієнтів з ЦД та/або порушенням обміну глюкози, пацієнтів, що курять, пацієнтів, що перенесли ГІМ або яким було проведено ПҚВ або АКШ, пацієнтів з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок – направляються до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу – для проведення обстеження та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань.

Додаткові причини:

- бажання пацієнта отримати консультацію у лікаря-кардіолога;

- наявність проблем з виконанням професійних обов'язків, страхуванням життя або неможливість зміни стилю життя;

- встановлення ступеня втрати працездатності.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ, ІНФАРКТ МІОКАРДА

Код МКХ-10: I 21 Гострий інфаркт міокарда,
I 22 Повторний інфаркт міокарда.

Встановлення діагнозу ГКС



ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Наказ МОЗ України № 455 від 02.07.2014

Універсальне визначення інфаркту міокарда

Характерне підвищення та/або зниження рівня маркеру/ів пошкодження міокарда (бажано тропоніну), коли принаймні одне значення є вищим від 99-тої перцентилі верхньої межі норми, що супроводжується хоча б одним з далі переліченого:

- симптоми ішемії міокарда;
- значні нові зміни ST-T або нова БЛНПГ;
- поява патологічних зубців Q на ЕКГ;
- нові ознаки некрозу міокарда або нові порушення регіонарної скоротливості за даними методів візуалізації;
- виявлення інтракоронарного тромбу за допомогою ангіографії чи за даними аутопсії.
- Серцева смерть із симптомами, що свідчать про ішемію міокарда, та супроводжуються ймовірно новими змінами на ЕКГ чи новою БЛНПГ, коли смерть розвивається до вивільнення або підвищення рівня серцевих біомаркерів.
- Тромбоз стенту асоціюється з розвитком інфаркту міокарда, коли виявляється при коронарній ангіографії або аутопсії, під час активної ішемії міокарду та супроводжується характерним підвищенням та/чи зниженням маркеру/ів пошкодження міокарда (бажано тропоніну), коли принаймні одне значення є вищим від 99-ої перцентилі верхньої межі норми.

Формулювання діагнозу

Діагноз має бути сформульований на підставі результатів обстеження, причому діагноз ГІМ з елевацією ST має бути встановлений при наявності як мінімум двох з наступних критеріїв:

1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний напад в стані спокою.

2. Наявність типових змін ЕКГ (або в наведених вище суперечливих випадках наявність змін на ЕКГ, які можуть бути розцінені як еквівалент типових).

3. Наявність біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках, проте не треба очікувати результатів біохімічного аналізу, якщо це може призвести до значної затримки із початком лікування).

Додаткова інформація для встановлення діагнозу може бути отримана за результатами ехокардіографічного дослідження

Клінічна класифікація різних типів інфаркту міокарда

Тип 1 Спонтанний інфаркт міокарда, обумовлений ішемією внаслідок первинної коронарної події, такого як ерозія та/чи розрив, тріщина чи розшарування бляшки.

Тип 2 Інфаркт міокарда, вторинний по відношенню до ішемії, яка виникла чи через підвищення потреби в кисні, чи через зниження його доставки, наприклад, через спазм коронарних артерій, коронарної емболії, анемії, гіпертонії чи гіпотонії.

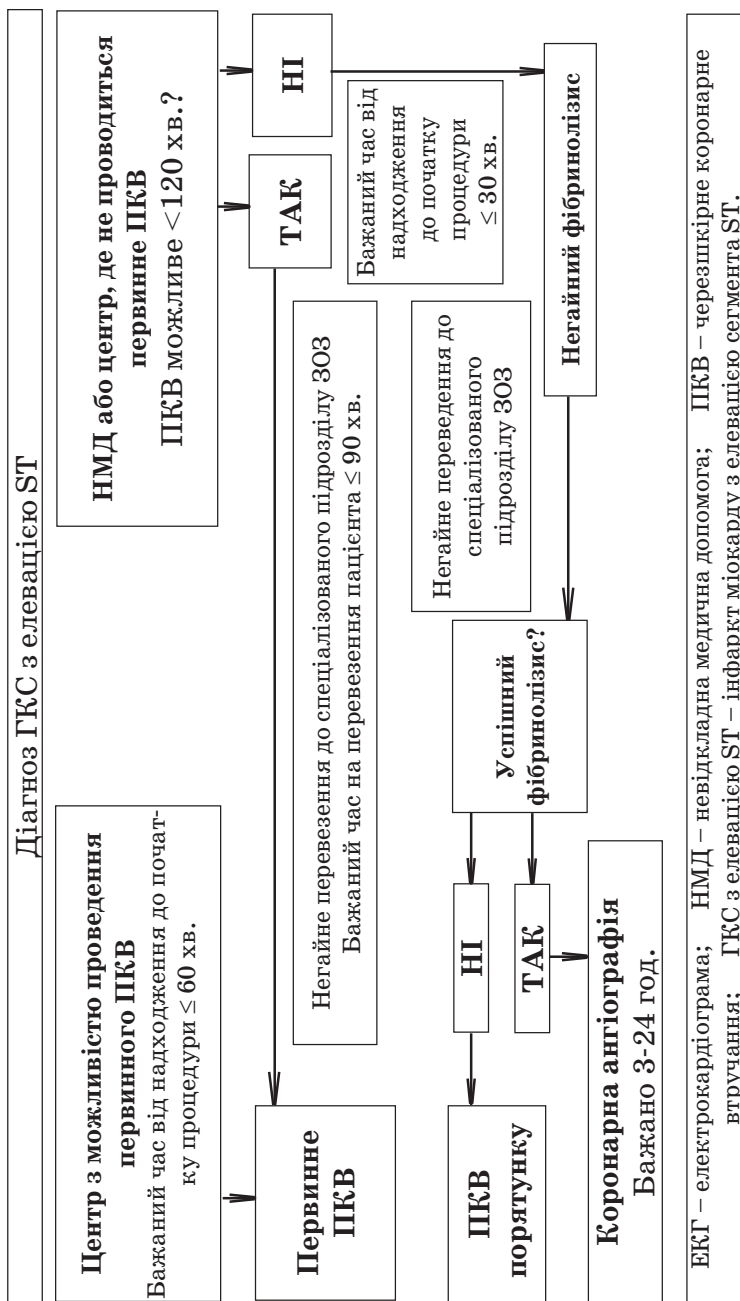
Тип 3 Раптова несподівана смерть, що включає зупинку серця часто з симптомами, які змушують нас припустити про наявність ішемії міокарда, що супроводжується новими підйомами сегмента ST чи новою БЛНПГ, чи ознаками свіжого тромбу в коронарній артерії за даними ангіографії та/чи аутопсії, і яка настала до того, як була взята проба крові, чи в період часу до появи серцевих біомаркерів в крові.

Тип 4а інфаркт міокарда, асоційований із ЧКВ.

Тип 4б інфаркт міокарда, зв'язаний із тромбозом стента, що документований ангіографією чи аутопсією.

Тип 5 Інфаркт міокарда, асоційований з операцією коронарним шунтуванням.

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ГКС З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST ПРИ НАДХОДЖЕННІ В СТАЦІОНАР



ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ГКС з елевацією сегмента ST (10.02.16) в передньо-перетинковій зоні, шлуночкова екстрасистолія. СН0 (Попередній діагноз на догоспітальному етапі)

2. ІХС: ГКС з елевацією сегмента ST (12.09.16) в передньо-перетинковій зоні ЛШ, атеросклероз коронарних артерій (коронарографія від 12.09.16: гостра тромботична оклюзія правої міжшлуночкової гілки (ПМШГ). Стентування ПМШГ ЛКА (12.09.16, встановлено 1 непокритий стент). СН 0 ст.

3. ІХС: гострий повторний Q нижній інфаркт міокарда (дата), постінфарктний кардіосклероз (ІМ з зубцем Q передньої стінки ЛШ, дата) гостра серцева недостатність. Killip I ст. (дата), стійка мономорфна шлуночкова тахікардія (дата).

4. ІХС: Q передньо-боковий інфаркт міокарда (дата). Гостра серцева недостатність, Killip III ст. (дата), гостра аневризма серця, СН II А зі збереженою ФВ.

5 ІХС: гострий ІМ з зубцем Q передньо-перегородково-верхівкового відділу ЛШ (04.09.2016). Гостра лівошлуночкова недостатність (клас III за Killip, 04.09.2016 – 06.09.2016; клас II за Killip). Гостра аневризма передньо-перегородкових відділів ЛШ. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса (05.09.2016). СН I стадії з систолічною дисфункцією ЛШ.

6. ІХС: гострий ІМ із зубцем Q задньобазального та задньодіафрагмального відділів ЛШ (18.05.2016). Гостра АВ-блокада (II ступеня 18.05.2016– 20.05.2016; III ступеня(25.05.-28.05). Синдром Дресслера (30.05.2016). Рецидивуючий ІМ (в зоні ураження-05.06.2016). Тимчасова електрокардіостимуляція (25.05.2016-28.05.2016). СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

7. ІХС: гострий ІМ із зубцем Q передньверхівкових

відділів ЛШ (11.01. 2015). Первинна транслюмінальна ангіопластика та стентування (11.01.2015, передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії – 2 металевих стенти, огинаючої гілки лівої коронарної артерії – 1 покритий стент). Гостра лівошлуночкова недостатність (клас IV за Killip, 7.01.2015; клас II за Killip, 12.01. 2015-15.01.2015). Стійка мономорфна шлуночкова тахікардія (11.01. 2015). Електроімпульсна терапія (11.01.2015). СН II А стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Наказ МОЗ України № 455 від 02.07.2014

Надання першої або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

1. Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатoproфільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

2. Бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення.

3. Лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або на прийомі).

В Україні всі хворі з ГКС підлягають терміновій госпіталізації в наступні ЗОЗ:

– Багатoproфільні лікарні з цілодобовим режимом роботи, в тому числі які мають у своєму складі відділення

інтенсивної терапії, відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарень

- Спеціалізовані кардіологічні відділення багатопрофільних лікарняних закладів.

- Заклади системи кардіологічної допомоги, кардіохірургічної допомоги та рентгеноендоваскулярної діагностики та лікування.

- Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування другого рівня, багатопрофільні обласні лікарні (клінічні лікарні), високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками).

Пацієнти з елевацією сегмента ST госпіталізуються у спеціалізоване кардіологічне (інфарктне) відділення, відділення інтенсивної терапії та реанімації, визначені локальним протоколом та маршрутом пацієнта, де є можливість проведення реперфузії. Перевагу слід надавати відділенням, де може бути виконане ургентне ПКВ.

При неможливості доставки хворого в рамках терапевтичного вікна у ЗОЗ, з можливістю виконання інтервенційного втручання, пацієнту слід застосовувати реалізацію фармако-інвазивної стратегії: проведення тромболітичної терапії на до- або госпітальному етапі з подальшим транспортуванням у ЗОЗ із можливістю виконання ургентного ПКВ незалежно від результатів попередньої реперфузійної терапії протягом 24 годин.

Сімейні лікарі/лікарі загальної практики та дільничні лікарі при підозрі на ГКС повинні зареєструвати ЕКГ у 12 відведеннях (при можливості здійснення дослідження) та негайно здійснити виклик бригади екстреної медичної допомоги. До приїзду бригади екстреної медичної допомоги сімейні лікарі/лікарі загальної практики та дільничні лікарі мають надати першу медичну допомогу відповідно до локального протоколу на основі УКПМД.

Положення протоколу

При зверненні такого пацієнта (родичів або свідків) по медичну допомогу в амбулаторію або отриманні виклику від пацієнта (його родичів) зі скаргами, які можуть свідчити про симптоми ГІМ, сімейний лікар повинен забезпечити термінову госпіталізацію пацієнта бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Процедури госпіталізації

Робота з пацієнтом після його доставки до лікарні повинна бути швидкою, особливо, з огляду на діагноз та введення фібринолітичних засобів або забезпечення первинного ПКВ, якщо для цього є показання. Кандидати на первинне ПКВ повинні, наскільки це можливо, доставлятися безпосередньо в лабораторію катетеризації в обхід відділення невідкладної допомоги і/або блок інтенсивної терапії коронарних хворих, а кандидати на фібриноліз повинні починати лікуватися ще до госпіталізації, у відділенні невідкладної допомоги або в блоці інтенсивної терапії коронарних хворих.

Пацієнтам з ГІМ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію впершу чергу в центри (відділення), де можливе проведення первинного ПКВ, які надають вторинну медичну допомогу, в період найбільших терапевтичних можливостей. У випадку необхідності транспортування пацієнтів, стабілізованих після перкутанної реперфузії, може проводитися і в зворотному напрямку згідно з локальним протоколом (клінічним маршрутом пацієнта) для проведення реабілітації в інші стаціонари (без можливості проведення первинних коронарних втручань).

Вважати продовження лікування хворого на ГКС з підйомом сегмента ST після проведення первинного ПКВ у кардіологічному відділенні без можливості проведення

перкутанних втручань наступним етапом надання екстреної медичної допомоги.

ГКС БЕЗ ЕЛЕВАЦІЇ СЕГМЕНТА ST

Наказ МОЗ України № 164 від 03.03.2016

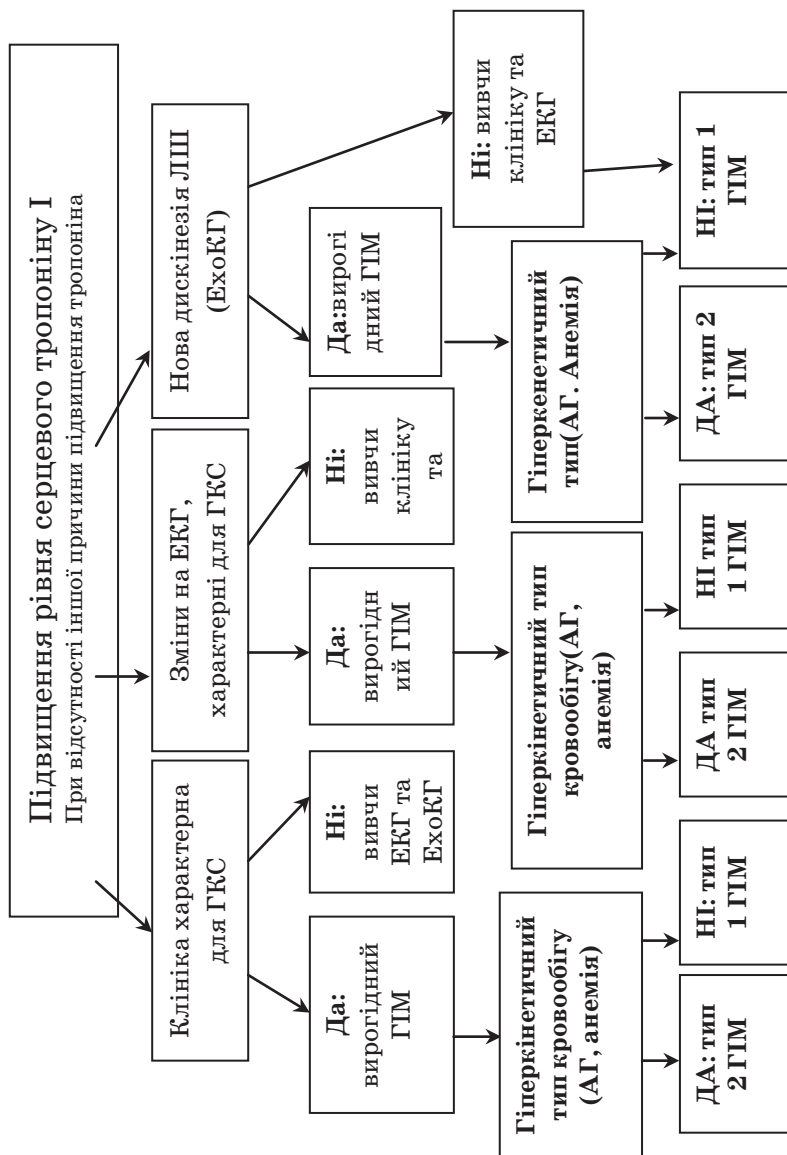
Формулювання діагнозу

Діагноз має бути сформульований на підставі результатів обстеження, при чому діагноз **гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST** має бути виставлений при наявності наступних факторів:

1. Затяжний (більше 10-20 хв.) ангінозний біль в спокої.
2. Наявність змін ЕКГ (або в наведених вище суперечливих випадках наявність змін на ЕКГ, які можуть бути розцінені як еквівалент типових).
3. Наявність біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках, проте не треба очікувати результатів біохімічного аналізу, якщо це може призвести до значної затримки із початком лікування).
4. Результати ехокардіографічного дослідження мають діагностичне значення лише в суперечливих випадках (відсутність принаймні двох з трьох вищенаведених ознак гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST та/або за необхідності провести диференціальний діагноз із ексудативним перикардитом, масивною легеневою емболією або розшаруванням стінки висхідної гілки аорти).

Дігност гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST може бути виставлений навіть при відсутності змін на ЕКГ та маркерів ушкодження серця. У разі реєстрації діагностично значущого підйому маркерів некрозу міокарда виставляється діагноз гострого інфаркта міокарда.

Діагностичний алгоритм при підвищенні рівня серцевого тропоніну I



Можливі причини підвищення рівня тропоніну за відсутності гострого коронарного синдрому (жирним виділено диференційні діагнози):

Хронічні або гострі порушення функції нирок

– **Тяжка застійна серцева недостатність** – гостра та хронічна.

– **Гіпертонічний криз.**

– **Тахі- або брадіаритмія.**

– **Легенева емболія**, тяжка легенева гіпертензія.

– **Запальні захворювання**, наприклад, міокардит.

– **Гострі неврологічні захворювання**, у тому числі інсульт або субарахноїдальні крововиливи.

– **Розшарування аорти**, хвороби аортального клапана або гіпертрофічна кардіоміопатія.

– **Закрита травма серця**, стимуляція, кардіостимуляція електрошоком або ендоміокардіальна біопсія.

– **Гіпотиреоз.**

– **Синдром апікального розширення** (кардіоміопатія «тако-тсубо»).

– **Інфільтративні захворювання**, наприклад, амілоїдоз, гемохроматоз, саркоїдоз, склеродермія.

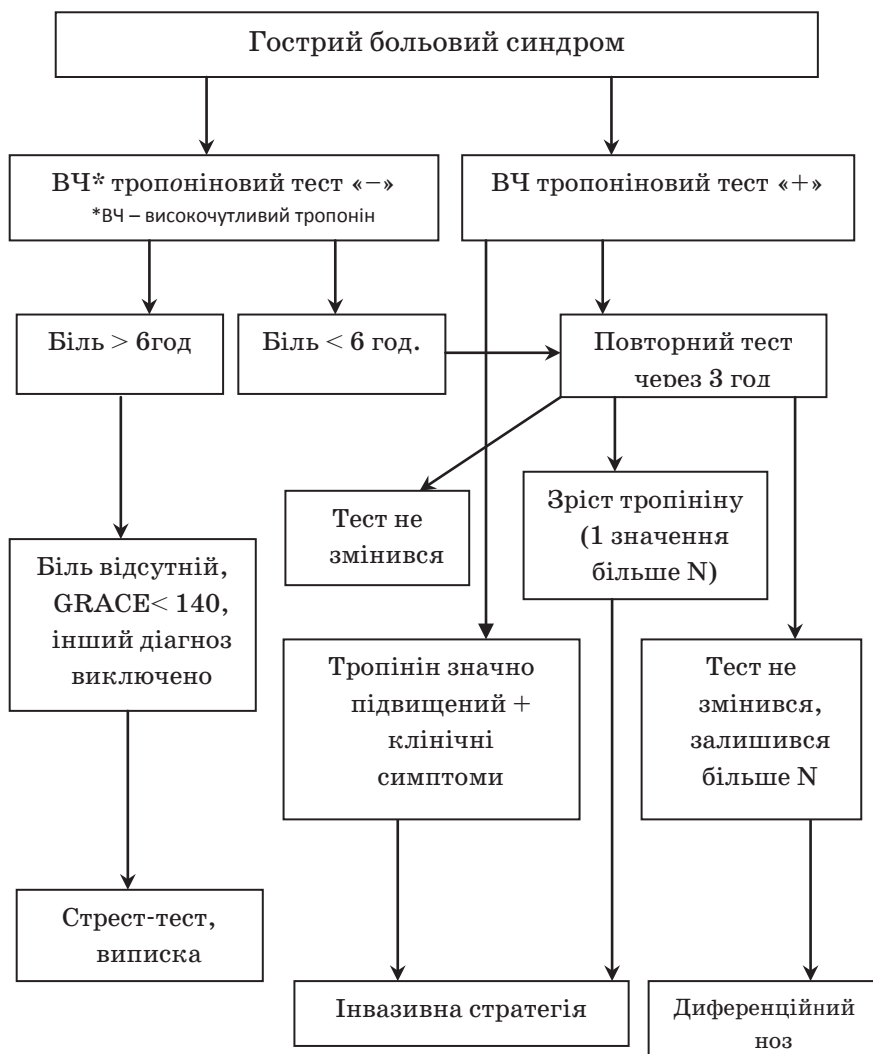
– **Токсичність ліків**, наприклад, адріаміцину, 5-фторурацилу, герцептину, зміїних отрут.

– **Опіки**, якщо охоплюють понад 30 % площі поверхні тіла.

– **Рабдоміоліз.**

– **Критично хворі пацієнти**, особливо при дихальній недостатності або сепсисі.

Швидкий відбір хворих з використанням тропонінового тесту



Алгоритм оцінки прогнозу смерті/ГІМ можливий у пацієнта з симптомами NSTEMI (GRACE)

Параметр	Показник	Бал	Параметр	Показник	Бал
Вік (роки)	<40	0	Креатинін (мг/дл)*	0-0,39	2
	40-49	18		0,04-0,79	5
	50-59	36		0,8-1,19	8
	60-69	55		1,2-1,59	11
	70-79	73		1,6-1,99	14
	>80	91		2-3,99	23
				>4,01	31
ЧСС (уд. в хв)	<70	0	Клас Killip	I	0
	70-89	7		II	21
	90-109	13		III	43
	110-149	23		IV	64
	150-199	36			
	>200	46			
АТ (систолический)	<80	63	Зупинка кровообігу		43
	80-99	58	Підвищення біомаркерів		15
	100-119	47	Відхилення ST		30
	120-139	37			
	140-159	26			
	160-199	11			
	>200	0			

*Рівень креатиніну сироватки, мкмоль/л	
0-35,3	1
35-70	4
71-105	7
106-140	10
141-176	13
177-353	21
Більше 354	28

Ступінь ризику	Бали за шкалою GRACE	Імовірність смерті (%)
Ризик смерті в лікарні		
Низький	1-108	До 1
Помірний	109-140	1-3
Високий	141-372	Понад 3
Ризик смерті за 6 міс		
Низький	1-88	До 3
Помірний	89-118	3-8
Високий	119-263	Понад 8

Оцінка ризику кровотечі за даними реєстру CRUSADE	
<i>Алгоритм використовується для визначення оцінки ризику тяжких кровотеч у лікарні за даними CRUSAD</i>	
Предиктор	Бали
1. Базовий рівень гематокриту, %	
<31	9
31-33,9	7
34-36,9	3
37-39,9	32
>40	0
2. Кліренс креатиніну, мл/хв.	
<15	39
>15-30	35
>30-60	28
>60-90	17
>90-120	7
>121	0

3. Частота скорочень серця	
<70	0
71-80	1
81-90	3
91-100	6
101-110	8
111-120	10
>121	11
4. Стать	
Чоловіча	0
Жіноча	8
5. Наявність ознак СН	
Ні	0
Так	7
6. Попередні хвороби судин	
Ні	0
Так	6
7. Цукровий діабет	
Ні	0
Так	6
8. Систолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.	
<90	10
91-100	8
101-120	5
121-180	1
181-200	3
>201	5

Категорії ризику великої кровотечі під час госпіталізації:

- дуже низький (менше 20 балів);
- низький (21-30 балів);
- помірний (31-40 балів);
- високий (41-50 балів);
- дуже високий (більше 50).

Принципи стратифікації

(Наказ МОЗ України № 164 від 03.03.2016)

Для ефективного лікування пацієнтів з симптомами ГКС без елевачії сегмента ST необхідна чітка стратифікація. Для розподілу пацієнтів на групи необхідно використовувати критерії ризику (первинні і вторинні).

Первинні критерії ризику, які необхідно насамперед перевірити у пацієнтів:

- відповідне підвищення або зниження рівня тропоніну;
- динамічні зміни сегмента ST або зубця Т (симптоматичні або безсимптомні);
- оцінка за шкалою GRACE > 140 балів;

Вторинні критерії ризику, які необхідно враховувати при стратифікації:

- цукровий діабет;
- ниркова недостатність (ШКФ < 60 мл/хв./1,73 м²);
- зменшена функція ЛШ (фракція викиду < 40%);
- рання постінфарктна стенокардія;
- недавнє ПКВ/АКШ;
- помірні або високі оцінки ризику за шкалою GRACE (<http://www.gracescore.org>).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Попередній діагноз – ІХС: гострий коронарний синдром без елевачії ST (Дата).

Клінічний діагноз – ІХС: стенокардія, що виникла вперше (дата), СН 0 ст.

2. Попередній діагноз – ІХС: гострий коронарний синдром без елевачії ST (12.08.16) СН 0 ст.

Клінічний діагноз – ІХС стенокардія що прогресує (12.08.16), коронарографія від 12.08.16: стеноз проксимальної частини огинаючої гілки ЛКА 90%, стентування 1 непокритим стентом СН 0 ст.

3. Попередній діагноз – ІХС: гострий коронарний синдром без елевачії сегменту ST (дата).

Клінічний діагноз – ІХС: гострий без зубця Q інфаркт міокарда діафрагмальної ділянки (дата), СН 0 ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Згідно наказу МОЗ України №164 від 03.03.2016

Надання першої або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється:

1. Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

2. Бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги для дорослого та дитячого населення.

3. Лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями інших спеціальностей (у випадку виявлення такого пацієнта у помешканні або на прийомі).

Пацієнтам з ГКС необхідно забезпечити термінову госпіталізацію після проведення стратифікації ризику по первинним, вторинним факторам ризику та шкалою GRACE

Хворих з високим ризиком слід транспортувати в центри (відділення), де можливе проведення інвазивної діагностики (КВГ), які надають третинну медичну допомогу. У випадку необхідності транспортування пацієнтів, стабілізованих після перкутанних коронарних втручань, може проводитися і в зворотному напрямку згідно з локальним протоколом (клінічним маршрутом пацієнта) для проведення реабілітації в інші стаціонари (без можливості проведення первинних коронарних втручань) або в кардіохірургічні клініки, якщо в процесі інвазивної діагностики пацієнтові показана хірургічне втручання.

Для лікарів загальної практики – сімейних лікарів **Положення протоколу**

При зверненні такого пацієнта (родичів або свідків) по медичну допомогу в амбулаторію або отриманні виклику від пацієнта (його родичів) зі скаргами, які можуть свідчити про симптоми ГКС, сімейний лікар повинен забезпечити термінову госпіталізацію пацієнта бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Подальша тактика в залежності від строків госпіталізації, клінічного стану хворого та результатів ЕКГ:

Оптимальні періоди проведення інвазивної діагностики і перкутанних втручань

А) група дуже високого ризику (КВГ, з подальшим стентуванням у випадки анатомічної можливості проведення перкутаної реваскуляризації, повинні бути виконані протягом < 2 годин після госпіталізації) при наявності:

- рефрактерної стенокардії;

- тяжкої серцевої недостатності;
- кардіогенного шоку;
- небезпечних для життя шлуночкових аритмій;
- гемодинамічної нестабільності.

Пацієнтам дуже високого ризику, КВГ, з подальшим стентуванням у випадки анатомічної можливості проведення перкутанної терапії, повинні бути виконані протягом < 2 годин після госпіталізації, незалежно від ЕКГ-картини та результатів тесту на біомаркери. У цьому випадку тактика ведення пацієнтів високого ризику не відрізняється від тактики лікування STEMI пацієнтів.

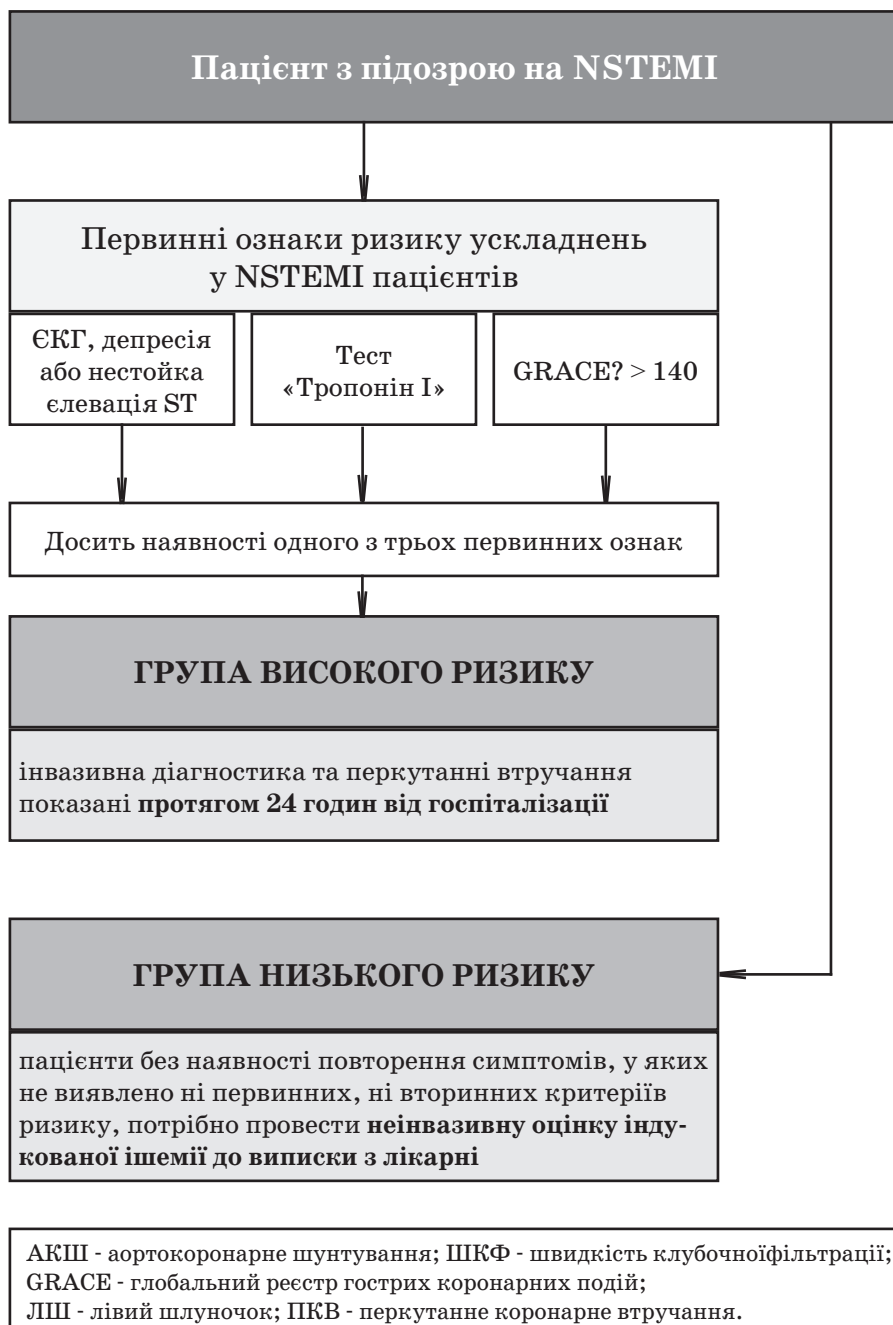
Б) група високого ризику (інвазивна діагностика і перкутанні втручання показані протягом **24 годин від госпіталізації**) при наявності хоча б одного з перерахованих первинного критерію ризику):

- позитивний тропонин;
- зміни сегмента ST або зубця T;
- оцінка за шкалою GRACE > 140 балів;

В) група проміжного ризику (інвазивне втручання можна відкласти, але його необхідно здійснити протягом періоду перебування в лікарні, бажано у межах **72 годин з моменту госпіталізації**) при наявності хоча б одного з перерахованих вторинних критерію ризику:

- цукровий діабет;
- ниркова недостатність (ШКФ < 60 мл/хв./1,73 м²);
- зменшена функція ЛПШ (фракція викиду < 40%);
- рання постінфарктна стенокардія;
- недавнє ПКВ/АКШ;
- помірні або високі оцінки ризику за шкалою GRACE < 140 балів,

Г) група з низьким ризиком, тобто пацієнти без наявності повторення симптомів, у яких не виявлено ні первинних ні вторинних критеріїв ризику потрібно провести неінвазивну оцінку індукованої ішемії до виписки з лікарні.



Пацієнт з підозрою на NSTEMI

При наявності у пацієнта:

- рефрактерній стенокардії;
- тяжкої серцевої недостатності;
- кардіогенного шоку;
- небезпечних для життя шлуночкових аритмій;
- гемодинамічної нестабільності.

ГРУПА ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ

інвазивна діагностика та перкутанні втручання показані протягом < 2 годин після госпіталізації

Вторинні ознаки ризику ускладнень у NSTEMI пацієнтів

Сахарний
диабет

↓ функція ЛПШ
(ФВ < 40%)

Попереднє
ПКВ/АКШ

Рання пост ІМ
стенокардія

Ниркова
недостатність
(ШКФ < 60 мл/хв./1,73м³)

GRACE? < 140

Досить наявності одного з **семи первинних** ознак

ГРУПА ПРОМІЖНОГО РИЗИКУ

інвазивне втручання можна відкласти, але його необхідно здійснити протягом періоду перебування в лікарні, бажано у межах 72 годин від госпіталізації

Критерії високого ризику у пацієнтів з показаннями до інвазивного ведення	
<i>Первинні критерії</i>	
1.	Відповідне підвищення або зниження рівня тропоніну
2.	Динамічні зміни сегмента ST або зубця Т (симптоматичні або безсимптомні)
3.	Оцінка за шкалою GRACE > 140 балів
<i>Вторинні критерії</i>	
4.	Цукровий діабет
5.	Ниркова недостатність (ШКФ <60 мл/хв./1,73 м ²)
6.	Знижена функція ЛШ (фракція викиду <40%)
7.	Рання постінфарктна стенокардія
8.	Недавнє ПКВ
9.	Попереднє АКШ
10.	Помірні або високі оцінки ризику за шкалою GRACE (http://www.gracescore.org)

АКШ – аортокоронарне шунтування;

ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації;

GRACE – глобальний реєстр гострих коронарних подій;

ЛШ – лівий шлуночок;

ПКВ – перкутанне коронарне втручання.

Основні параметри, які використовуються при підрахунку балів Syntax Score		
Кроки	Оцінювана змінна	Опис
Крок 1	Домінування	Показник окремих коронарних сегментів залежить від домінування коронарної артерії (правої чи лівої). Змішане домінування у шкалі SYNTAX не допускається
Крок 2	Коронарний сегмент	Уражений коронарний сегмент безпосередньо впливає на оцінку, оскільки кожен коронарний сегмент отримує оцінку, в залежності від місця положення, від 0,5 (наприклад, задньо-бокова гілка) до 6 балів (наприклад, головний стовбур лівої коронарної артерії при лівосторонньому домінуванні). Правостороннє домінування. Лівостороннє домінування. Фактор оцінювання
Крок 3	Діаметр стенозу	Оцінка кожного ураженого коронарного сегменту помножується на 2 у випадку 50-99% стенозу і на 5 – у разі повної оклюзії. У випадку повної оклюзії будуть нараховані додаткові бали: – Вік >3 місяців або невідомий: + 1 – Оклюзія з «тупим кінцем»: + 1 – Наявність мостовидних колатералей: + 1 – Перший сегмент видимий дистально: + 1 за невидимий сегмент – Бокова гілка при оклюзії: + 1, якщо діаметр < 1,5 мм + 1, якщо діаметр < 1,5 та ≥ 1,5 мм + 0, якщо діаметр ≥ 1,5 мм (біфуркаційне ураження)

Крок 4	Трифуркаційне ураження	Наявність трифуркаційного ураження додає додаткові бали в залежності від кількості уражених сегментів –1 сегмент: + 3 –2 сегменти: + 4 –3 сегменти: + 5 –4 сегменти: + 6
Крок 5	Біфуркаційне ураження	Наявність біфуркаційного ураження додає додаткові бали в залежності від типу біфуркації відповідно до класифікації Медіна: 29 –Медіна 1,0,0 або 0,1,0: 1 додатковий бал –Медіна 1,1,1 або 0,0,1 або 1,0,1 або 0,1,1: 2 додаткові бали Крім того, наявність кута біфуркації $< 70^{\circ}$ додає 1 бал
Крок 6	Аорто-гирлове ураження	Наявність аорто-остіального ураження додає 1 додатковий бал
Крок 7	Важка ступінь завитості судин	Наявність важкого ступеню завитості судин поблизу ураженого сегменту додає 2 додаткові бали
Крок 8	Довжина ураження	Довжина ураження > 20 мм додає 1 додатковий бал
Крок 9	Кальцифікація	Наявність тяжкого ступеня кальцифікації додає 2 додаткові бали
Крок 10	Тромби	Наявність тромбів додає 1 додатковий бал
Крок 11	Дифузні захворювання/малі судини	Наявність сегментів з дифузним захворюванням або звужених сегментів дистальніше ураження (наприклад, коли щонайменше 75% довжини сегменту дистальніше ураження мають діаметр < 2 мм) додає 1 додатковий бал за кожен сегмент

АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ

Захворювання артерій нижніх кінцівок Клінічні стадії				
Класифікація Fontaine		Класифікація Rutherford		
Клас	Симптоми	Клас	Категорія	Симптоми
I	Немає	0	0	Немає
II	Переміжна кульгавість	I	I	Легка кульгавість
		I	2	Помірна кульгавість
		I	3	Виражена кульгавість
III	Ішемічний біль спокою	II	4	Ішемічний біль спокою
IV	Виразкування або гангрена	III	5	Малі ураження тканин
		III	6	Виражені ураження тканин

ДИСЛІПІДЕМІЇ

Термін «гіперліпопротеїнемія» – будь яке підвищення рівня ліпідів та ліпопротеїдів у плазмі крові вище за оптимальні значення.

Термін « гіперліпідемія» – підвищення ліпідів у крові вище оптимального рівня.

Класифікація дисліпідемій згідно критеріям ВООЗ				
Тип	ХС плазми	ХСЛПНЩ	ТГ	Вид порушення
I	Підвищений	Знижений або нормальний	Підвищений	Підвищений вміст ХМ
IIa	Підвищений або нормальний	Підвищений	N	Підвищений вміст ЛПНЩ
IIb	Підвищений	Підвищений	Підвищений	Підвищений вміст ЛПНЩ та ЛПДНЩ
III	Підвищений	Знижений або нормальний	Підвищений	Підвищений вміст ремнантанов ХМ та ЛППЩ
IV	Підвищений або нормальний	Нормальний	Підвищений	Підвищений вміст ЛПДНЩ
V	Підвищений	Нормальний	Підвищений	Підвищений вміст ХМ та ЛПДНЩ
<i>ХМ – хіломікрони, ХС – холестерин, ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності, ЛППЩ – ліпопротеїди проміжної щільності. ЛПДНЩ – ЛП дуже низької щільності, ТГ – тригліцериди.</i>				

Клінічна класифікація дисліпідемій, АКУ, 2011

- 1. Гіперхолестеринемія** – при ізольованому підвищенні рівня загального ХС $> 5,0$ ммоль/л (відповідає Тип II а за D. Fredrickson).
- 2. Сімейна гетерозиготна гіперхолестеринемія** – рівень загального ХС $> 8,0$ ммоль/л, ХСЛПНЩ $> 5,0$ ммоль/л.
- 3. Сімейна гомозиготна гіперхолестеринемія** – рівень загального ХС $> 16-18$ ммоль/л, ХСЛПНЩ > 13 ммоль/л.
- 4. Комбінована дисліпідемія** – підвищення рівня загального ХС $> 5,0$ ммоль/л та рівня ТГ $> 1,7$ ммоль/л, що відповідає Тип II b та Тип III за D. Fredrickson.

5. *Гіпертригліцеридемія* – ізольоване підвищення рівня ТГ > 1,7 ммоль/л, що відповідає Тип IV за D.Fredrickson).

6. *Легка та помірна гіпертригліцеридемія (гетерозиготна)* – > 1,7 та < 10,0 ммоль/л.

7. *Тяжка гіпертригліцеридемія (гомозиготна)* – ТГ > 10,0 ммоль/л.

Порушення рівня ліпідів визначається

за даними ліпідограми:

– Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) містить до 2/3 холестерину плазми і транспортує його у тканини.

– Холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) захоплює холестерин із тканин і транспортує його в печінку, а далі утворюються жовчні кислоти.

– Індекс атерогенності Клімова це
$$\text{Хс-ХсЛПВЩ} / \text{ХсЛПВЩ} = 3,0 - 3,5$$

– Тригліцериди (ТГ) призводять до підвищення ЛПДНЩ, токсично впливають на ендотелій, знижують рівень ЛПВЩ.

– **У пацієнтів з дуже високим ризиком** цільовий рівень ХСЛПНЩ – < 1,8 ммоль/л (< 70мг/дл) і/або більше 50% зниження, якщо досягнення цільових рівнів не вдається.

– **У пацієнтів з високим ризиком** ССЗ варто досягнути цільового рівня ХСЛПНЩ < 2,5 ммоль/л (<100мг/дл).

– **У пацієнтів з помірним ризиком** ССЗ варто досягнути цільового рівня <3,0 ммоль/л (< 115/дл).

При неможливості визначення ХСЛПНЩ слід використовувати рівні:

– ХС < 5 ммоль/л для загальної популяції,

– < 4,5 ммоль/л для пацієнтів з високим ризиком,

– < 4,0 ммоль/л для пацієнтів з дуже високим ризиком,

– ХЛПНЩ згідно рекомендаціям: АГ(ESC/ ESH, 2013),

ДЛП (ESC/ EAS 2011), стабільної стенокардії (ESC, 2013):

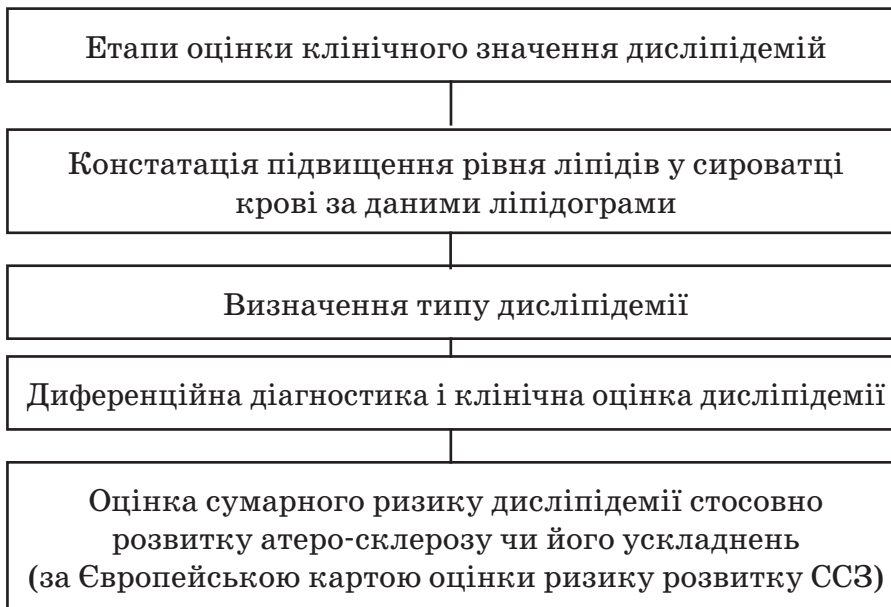
о артеріальна гіпертензія – < 3,0 ммоль/л;

о ЦД 2 типу – < 2,5 ммоль/л;

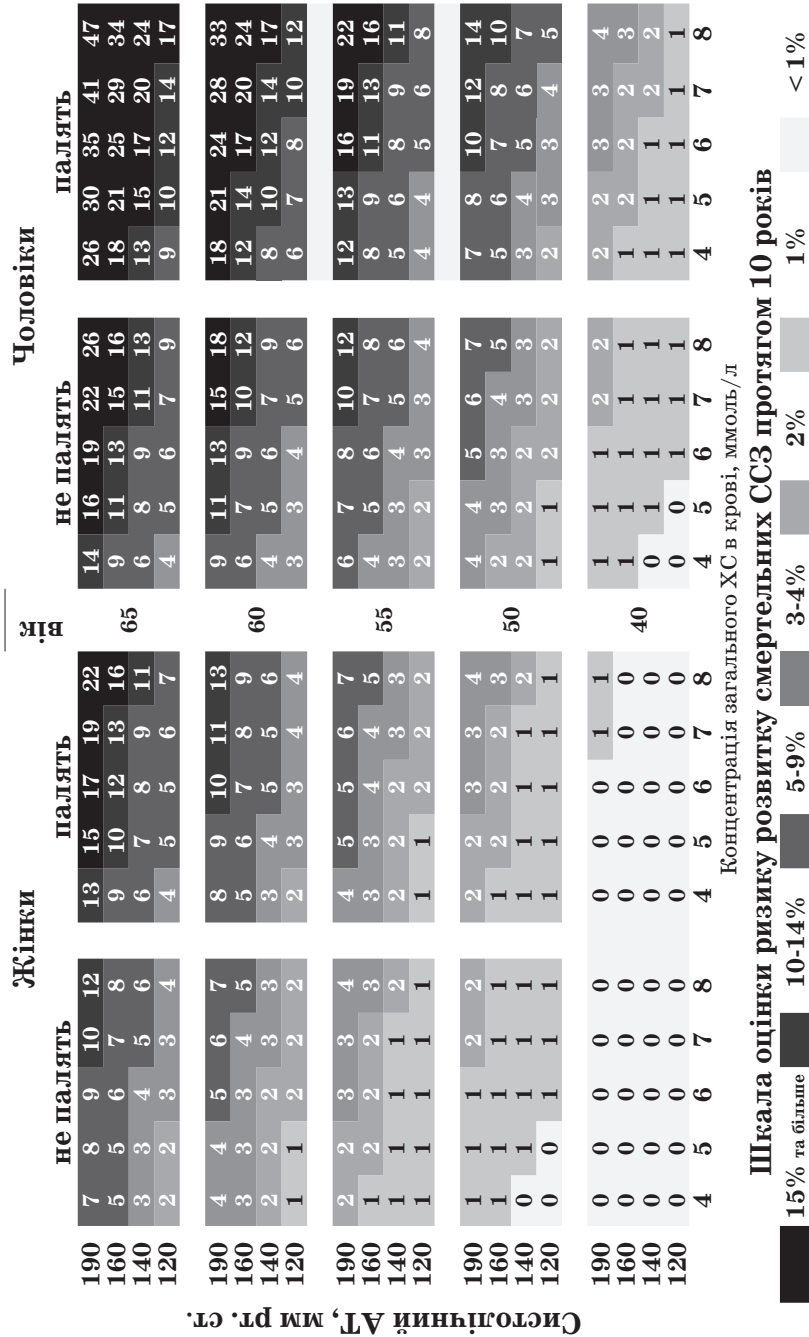
о АГ+ ІХС – < 1,8 ммоль/л або зниження $\geq 50\%$.

Оптимальні характеристики ліпідів та ліпопротеїдів у здорових осіб		
Ліпідні параметри	Значення, ммоль/л	Значення, мг/дл
Загальний ХС	< 5,0	< 200
ХС-ЛПНЩ	< 3,0	< 115
ХС-ЛПВЩ	> 1,0 (ч), 1,3 (ж)	> 40 (ч), 50 (ж)
ТГ	< 1,7	< 150

Діагностика дисліпідемій



Європейська карта оцінки ризику розвитку ССЗ в регіонах
з початково високим ризиком розвитку ССЗ (дані SCORE)



Систолічний АТ, мм рт. ст.		Жінки				Чоловіки																	
		ВІК		палать		не палать		палать															
190	190	не палать	палать	11	12	13	15	16	22	24	26	28	31	16	18	21	24	28	26	30	34	39	45
160	160	8	9	10	12	13			17	19	20	22	25	11	13	15	18	21	19	22	25	29	34
140	140	7	7	8	9	10			13	14	16	18	19	8	9	11	13	15	14	16	19	22	26
120	120	5	6	6	7	8			10	11	12	14	15	6	7	8	9	11	10	12	14	16	19
190	190	5	6	6	7	8			11	12	13	14	16	11	13	15	18	21	19	22	25	30	35
160	160	4	4	5	6	8			8	9	10	11	12	8	9	11	13	15	14	16	19	22	26
140	140	3	3	4	4	5			6	7	8	9	10	6	7	8	9	11	10	12	14	16	19
120	120	2	3	3	3	4			5	6	6	7	7	5	5	6	7	8	7	8	10	12	14
190	190	3	3	4	4	5			6	7	8	9	9	7	9	10	12	15	13	15	16	21	25
160	160	2	3	3	3	4			5	5	5	6	7	5	6	7	9	11	9	11	13	15	19
140	140	2	2	2	2	3			4	4	4	5	6	4	4	5	6	8	7	8	9	11	14
120	120	1	2	2	2	2			3	3	3	4	4	3	3	4	5	6	5	6	7	9	10
190	190	1	2	2	2	2			3	3	3	4	4	5	5	7	8	8	8	10	12	14	17
160	160	1	1	1	2	2			2	2	3	3	3	3	4	5	6	7	5	7	8	10	12
140	140	1	1	1	1	1			2	2	2	2	3	2	3	3	4	5	4	5	6	7	9
120	120	1	1	1	1	1			1	1	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	4	5	6
190	190	0	0	1	1	1			1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	5
160	160	0	0	0	0	1			1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
140	140	0	0	0	0	0			0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
120	120	0	0	0	0	0			0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
		4	5	6	7	8			4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
		Загальний холестерін, ммоль/л																					

Загальний холестерін, ммоль/л

Таблиця SCORE для пацієнтів із рівнем ХС ЛПВЩ 0,8 ммоль/л

Систолічний АТ, мм рт. ст.

Чоловіки

Вік

Жінки

не палять

палять

не палять

палять

190	9	10	11	12	14	19	20	22	24	26	14	16	19	22	25	24	27	31	35	41
160	7	8	9	10	11	14	16	17	19	20	10	12	13	16	18	18	20	23	27	31
140	5	6	7	7	8	11	12	13	15	16	7	8	10	11	13	13	14	17	20	23
120	4	5	5	6	7	8	9	10	11	12	5	6	7	8	10	9	10	12	14	17

190	4	5	5	6	7	9	10	11	12	13	10	12	13	16	19	17	20	23	27	31
160	3	4	4	5	6	7	7	8	9	10	7	8	10	11	14	12	14	17	20	23
140	3	3	3	3	4	5	5	6	6	7	5	6	7	8	10	9	10	12	14	17
120	2	2	2	2	3	3	4	4	5	6	4	4	5	6	6	6	7	9	10	13

190	3	3	3	3	4	5	6	6	7	8	6	8	9	11	13	11	13	14	19	22
160	2	2	2	3	3	4	4	5	5	6	5	5	6	8	9	8	10	11	14	16
140	1	2	2	2	2	2	3	3	4	5	3	4	5	6	7	6	7	8	10	12
120	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	5	4	5	6	7	9

190	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	8	7	9	10	12	15
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	5	6	7	9	11
140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	4	4	4	4	5	6	8
120	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	4	5	6

190	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4
160	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

Загальний холестерин, ммоль/л

Таблиця SCORE для пацієнтів із рівнем ХС ЛПВЩ 1,0 ммоль/л

Систолічний АТ, мм рт. ст.	Жінки				Вік				Чоловіки											
	не палять		палять		не палять		палять		не палять		палять									
	190	160	140	120	13	14	15	17	18	12	14	15	18	20	21	23	26	29	34	
190	7	7	8	8	9	10	11	12	13	14	9	10	11	13	15	15	17	19	22	25
160	5	5	6	8	9	7	8	9	10	11	6	7	8	9	11	11	12	14	16	18
140	4	4	4	5	6	5	6	7	8	9	4	5	6	7	8	9	9	10	11	13
120	3	3	3	4	4	5	6	7	8	9	4	5	6	7	8	9	9	10	11	13
190	3	3	4	4	4	6	7	7	8	9	8	9	11	13	15	14	16	19	22	25
160	2	2	3	3	3	5	5	6	6	7	6	7	8	9	11	10	12	14	16	18
140	2	2	2	2	3	4	4	4	5	6	4	5	6	8	9	7	9	10	11	13
120	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	4	5	6	5	6	7	8	10
190	2	2	2	2	3	4	4	4	5	5	5	6	7	8	10	9	11	12	15	17
160	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	5	6	7	8	8	9	11	13
140	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	5	6	7	8	9
120	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7
190	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	4	5	5	6	6	7	9	10	11
160	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	5	4	5	6	7	8
140	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6
120	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	4	4
190	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
160	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Загальний холестерін, ммоль/л																				

Загальний холестерін, ммоль/л

Таблиця SCORE для пацієнтів із рівнем ХС ЛПВЩ 1,4 ммоль/л

Систолічний АТ, мм рт. ст.		Жінки				Вік				Чоловіки											
		не палять		палять		не палять		палять		не палять		палять									
190	190	5	5	5	6	8	9	10	11	12	13	11	12	13	15	17	18	20	22	25	29
160	160	3	4	4	4	5	7	8	8	9	10	7	8	9	11	12	13	14	16	18	21
140	140	3	3	3	3	4	5	6	6	7	7	5	6	7	7	9	9	10	11	13	15
120	120	2	2	2	2	3	4	4	5	5	6	4	4	5	5	6	6	7	8	9	11
190	190	2	2	2	2	3	4	5	5	5	6	7	8	9	10	12	12	14	15	18	20
160	160	2	2	2	2	2	3	4	4	4	5	5	5	6	7	9	9	10	11	13	15
140	140	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	5	6	6	7	8	9	11
120	120	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	4	4	5	6	7	8	10
190	190	1	1	1	2	2	3	3	3	3	3	4	5	6	7	8	8	9	10	12	14
160	160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	5	6	7	8	10
140	140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7
120	120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5
190	190	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	4	4	5	6	6	7	8	9
160	160	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	3	4	5	5	6
140	140	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5
120	120	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
190	190	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
160	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
140	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
120	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
		Загальний холестерін, ммоль/л																			

Таблиця SCORE для пацієнтів із рівнем ХС ЛПВЩ 1,8 ммоль/л

Групи ризику

1. Дуже високий ризик встановлюється в пацієнтів, що мають:

- документовані серцево-судинні захворювання за даними інвазивного або неінвазивного тестування (наприклад, коронарної ангіографії, ЯМР, реєстрації атеросклеротичної бляшки за даними УЗД загальних сонних артерій), інфаркт міокарда в анамнезі, наявність коронарної реваскуляризації (черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ), аортокоронарне шунтування (АКШ)) та інші артеріальні реваскуляризації, ішемічний інсульт, захворювання периферичних артерій;

- ЦД 2-го типу, ЦД 1-го типу та з наявністю одного або кілька ФР ССЗ і/або пошкодженням органа-мішені (наприклад, мікроальбумінурія);

- тяжка ХХН (швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) < 30 мл/хв/1,73 м²);

- розрахований за SCORE³ на 10 років ризик дорівнює 10% та більше.

2. Високий ризик встановлюється в пацієнтів, які мають:

- Значно підвищені окремі чинники ризику, такі як сімейні дисліпідемії і тяжка АГ (АТ 180/110, ЗХС > 8 ммоль/л, ХСЛПНЩ > 6 ммоль/л);

- ЦД 1 та 2 типу, але без чинників ССР чи пошкоджень органів-мішеней;

- з помірною ХХН, ШКФ 30-59 мл/хв/1,73м²;

- розрахований за допомогою SCORE $>$ чи дорівнює 5% та < 10 %).

3. Помірний ризик встановлюється в пацієнтів, які мають розрахований за допомогою таблиць на 10 років ризик SCORE, що більший чи дорівнює 1% та $< 5\%$ (1% та SCORE $< 5\%$). Багато осіб середнього віку належать до

цієї категорії ризику. Цей ризик надалі змінюється з урахуванням раннього виникнення ССЗ у сімейному анамнезі, абдомінального ожиріння, фізичної активності, рівнів ХС ЛПВЩ, ТГ, С-реактивного білка (СРБ), ліпопротеїну (а), фібриногену, гомоцистеїну, аполіпопротеїну В і соціального класу.

4. Низький ризик встановлюється в пацієнтів, які мають розрахований на 10 років ризик SCORE < 1%.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

Діагноз дисліпідемії та гіперліпідемії не є самостійним, а входить до основного діагнозу ССЗ.

1. ІХС: стабільна стенокардія напруги II ФК, СН 0 ст. Комбінована дисліпідемія.

2. Гіпертонічна хвороба I ст., 2 ступеня, помірного ризику. Дисліпідемія IIa типу.

ПОРУШЕННЯ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ **Класифікація**

I. Порушення утворення імпульсу

I 49.8 – синусова тахікардія (більше 90 комплексів на хвилину);

– синусова брадикардія (менше 60 комплексів на хвилину);

– синусова аритмія.

I 45.5 – зупинка (відмова) синусового вузла

I 49.8 – вислизуючі комплекси та ритми:

передсердні повільні;

з АВ з'єднання прискорені;

шлуночкові;

I 45.8 – АВ дисоціації.

I 49.8 – міграція надшлуночкового водія ритму.

Екстрасистолія (синонім – передчасна деполяризація)

I 49.1 – передсердна;

I 49.2 – передсердно-шлуночкова (атріовентрикулярна);

I 49.3 – шлуночкова:

- поодинокі (до 30 на годину);
- часті (30 і більше на годину);
- алоритмія (бі-, три-, квадригеменія);
- поліморфна;
- парна;
- рання (R на T).

I 47.1 - Тахікардії:

- реципрокні;
- хронічні;
- пароксизмальні;
- вогнищеві (ектопічні);
- хронічні;
- пароксизмальні;

надшлуночкові:

- сино-передсердна (синоатріальна);
- передсердна (атріальна);

передсердно-шлуночкова (атріо-вентрикулярна)	вузлова	звичайного типу
		незвичайного типу
	з додатковими шляхами проведення	ортодромна
		антидромна

шлуночкові:

- мономорфна;
- поліморфна.

I 47.2 – Нестійка (от 3 шлуночкових комплексів до 30 с).

I 47.2 – Стійка (більше 30 с).

I 47.0 – Постійно-зворотна.

I 48.0 – Фібриляція й тріпотіння передсердь:

- брадісistolічна – менше 60 скорочень за хвилину;

- тахісистолічна – більше 110 скорочень за хвилину;
- пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах 7 діб);
- персистуюча (епізод, що триває понад 7 діб, коли для відновлення синусового ритму необхідно втручання);
- тривало персистуюча (епізод, що триває 1 рік та більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати);
- постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно).

Усі форми можуть бути такими, що виникли вперше.

I 49.0 – фібриляція й тріпотіння шлуночків

II. Порушення проведення імпульсу (постійні і скороминущі)

I 45.5 – синоаурикулярні блокади;

- атріовентрикулярні блокади.

I 44.0 – I ст.

I 44.1 – II ст.т – I типу

- II типу

I 44.2 – III ст.

- внутрішлуночкові блокди.

Однопучкові:

I 45.0 – блокада правої ніжки пучка Гіса.

I 44.4 – блокада передньоверхнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса.

I 44.5 – блокада задньонижнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса.

I 45.2 – Двопучкові блокади:

- блокада лівої ніжки пучка Гіса;
- блокада правої ніжки пучка Гіса й передньоверхнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса;
- блокада правої ніжки пучка Гіса й задньонижнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса.

I 45.3 – Три пучкові блокади

III. Комбіновані порушення утворення та проведення імпульсу:

I 49.4 – парасистолія:

- передсердна
- із АВ з'єднання;
- шлуночкова.

IV. Захворювання, синдроми й феномени

I 49.8 – ідіопатичні форми аритмій:

синдроми й ЕКГ феномени передзбудження шлуночків:

- синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта;
- синдром укорочення інтервала PR (Лауна-Ганонга-Лівайна).

I 49.8 – синдром ранньої реполяризації шлуночків.

I 49.8 – синдром подовженого інтервала QT:

- вроджений;
- набутий.

I 49.5 – синдром слабкості синусового вузла.

I 46.9 – синдром Морганьї-Адамса-Стокса.

I 49.8 – аритмогенна дисплазія правого шлуночка.

I 49.8 – синдром Бругада.

I 49.0 – синдром Фредеріка.

I 46.1 раптова серцева смерть (аритмічна) – смерть, що настала протягом 1 години після появи перших симптомів захворювання або суттєвого погіршення стану хворого на тлі стабільного стану хронічного перебігу захворювання

- з відновленням серцевої діяльності: фібриляція шлуночків, асистолія, електромеханічна дисоціація;
- серцева смерть (незворотна): фібриляція шлуночків, асистолія, електромеханічна дисоціація;
- зупинка серця (смерть, яка настала більше ніж через годину після появи або посилення симптомів захворювання).

I 46.0 з відновленням серцевої діяльності.

I 46.9 зупинка серця (незворотна).

V. Аритмії при нормальній або порушеній функції кардіостимуляторів різного типу

Пароксизмальна форма ФП – ритм відновлюється самостійно або за рахунок кардіоверсії в межах 7 діб (ESC2016).

Класифікація шлуночкових екстрасистол (за B. Lown і N. Wolf, 1971)

- I – до 30 екстрасистол за любий час моніторування.
- II – більше 30 екстрасистол за любий час моніторування.
- III – поліморфні екстрасистол.
- IV – а – мономорфні парні;
б – поліморфні парні.
- V – 3 і більше екстрасистол одна за одною, ранні екстрасистол (феномен типу R на T).

Високі градації III, IV, V викликають шлуночкові тахікардію та фібриляцію шлуночків.

Класифікація шлуночкової екстрасистолії за Bigger J.T.

1. *Безпечні (доброякісні) аритмії* – будь-які ШЕ (рідкі, часті, політропні, парні), а також короткі епізоди ШТ за відсутності кардіальної патології, що не викликають порушення гемодинаміки. Показань до антиаритмічної терапії немає.

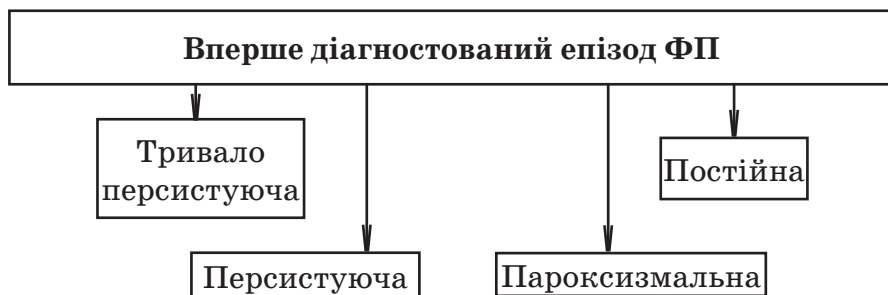
2. *Небезпечні для життя (злаякісні) шлуночкові аритмії* – епізоди ШТ, що призводять до порушення гемодинаміки або фібриляції шлуночків. Спостерігаються у хворих із вираженим структурним ураженням серця (ІХС, застійна СН, кардіомегалії, вади серця) і порушенням скоротливості ЛШ.

3. *Потенційно небезпечні (потенційно злаякісні) шлуночкові аритмії* – часті, політропні, парні ШЕ, короткі епізоди ШТ у хворих з із структурним ураженням серця, що не призводять під час порушення ритму до виражених

змін гемодинаміки. Маркером більшої ймовірності виникнення життєво небезпечних аритмій серця у цих хворих є систолічна дисфункція ЛПШ (ФВ ЛПШ менше 45%).

Систематизація шлуночкових порушень серцевого ритму за R.Myerburg				
Кількість екстрасистол		Форма шлуночкових аритмій		Морфологія шлуночкових тахікардій
Ступінь тяжкості	Кількість	Ступінь тяжкості	Характеристики	
0	Немає	0	Немає	
1	Рідко менше 1 за год	1	Поодинокі, мономорфні	
2	Нечасто 2-9 за год	2	Поодинокі, поліморфні	– мономорфна – поліморфна – пірует – з вихідного тракту правого шлуночка – двоспрямована
3	Проміжна 10-29 за год	3	Парні, пробіжки (2 або 3-5 комплексів)	
4	Часто 30-59 за год	4	Нестійка шлуночкова тахікардія (від 6 комплексів до 29 с)	
5	Дуже часта Більше 60 за год	5	Стійка шлуночкова і тахікардія більше 30 с	

Наказ МОЗ України від 15.06.2016 № 597



Клас залежно від пов'язаних з ФП симптомів (EHRA)	
<i>Клас EHRA</i>	<i>Прояви</i>
I	Симптоми відсутні
II	«Легкі симптоми», симптоми не порушують звичайну щоденну активність
III	«Важкі симптоми», змінена повсякденна активність
IV	«Инвалідизуючі симптоми»; нормальна повсякденна активність неможлива

EHRA – Європейська асоціація серцевого ритму.

Ратифікація ризику інсульту та тромбоемболій при ФП без ураження стулок серця Індекс CHA ₂ DS ₂ VASc та частота інсульту		
Фактори ризику інсульту та тромбоемболій у хворих з неклапанною* ФП		
Основні фактори ризик	Клінічно вагомі неосновні фактори ризик	
Інсульт, ТІА або системна емболія в анамнезі, вік ≥ 75 лет	СН або помірна/виразна систолічна дисфункція ЛШ (ФВ ≤ 40%), АГ, ЦД, жіноча стать, вік 65-74, судинна патологія	
Розрахунок індексу ризику в балах CHA ₂ DS ₂ VASc		
Фактори ризику	Бали	
С – СН/дисфунк- ція ЛШ	1	
Н – АГ	1	
A ₂ вік ≥ 75 лет	2	
D – цукровий діа- бет	1	
S ₂ – інсульт/ТІА/ ТЕ	2	
V – захворювання судин**	1	
A – вік 65-74	1	
Sc – жіноча стать	1	
Максимальне значення	9	

** ІМ в анамнезі, захворювання периферичних артерій,
бляшка в аорті.

Індекс ризику геморагічних ускладнень HAS-BLED		
Буква	Клінічна характеристика	Кількість балів
H	Артеріальна гіпертензія (САТ > 160 мм рт. ст.)	1
A	Порушення функції печінки (↑ АСТ/АЛТ – у 3 рази, ↑ білірубіну – у 2 рази) або нирок (креатинін > 200 ммоль/л); (по 1 балу)	1 або 2
S	Інсульт	1
B	Геморагічні ускладнення	1
L	Лабільні рівні МНВ (ПТІ)	1
E	Вік ≥ 65 років	1
D	Ліки або алкоголь (по 1 балу)	1 або 2
		Максимум 9 балів

Модифікуючі фактори: АГ, L, D.

Фактори ризику геморагічних ускладнень, ESC 2016
Модифіковані фактори ризику
Артеріальна гіпертензія (особливо САТ > 160 мм рт.ст.)
Лабільний МНВ або час МНВ у цільовому діапазоні менше 60% (для осіб, які приймають АВК)
Супутній прийом препаратів, які підвищують ризик кровотеч (антиагреганти або НПЗП)
Зловживання алкоголем (більше 8 порцій на тиждень)
Частково модифіковані фактори ризику
Анемія
Порушення функції нирок

Порушення функції печінки
Зниження кількості тромбоцитів або порушення їх функції
Немодифіковані фактори ризику
Вік (>65 років, >75 років)
Велика кровотеча в анамнезі
Інсульт в анамнезі
Ниркова патологія, яка потребує діалізу або трансплантації
Цироз печінки
Злоякісні новоутворення
Генетичні фактори
Біомаркери – фактори ризику розвитку кровотечі
Високочутливий тропонін
Фактор росту дифференціювання 15
Рівень креатиніну сироватки/розрахункове значення кліренсу креатиніну

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ІХС: стабільна стенокардія напруги III ФК, дифузний кардіосклероз, нестійка поліморфна лівошлуночкова тахікардія, СН II А, зі збереженою ФВ, NYHA II ФК.

2. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (дата), постійна форма фібриляції передсердь, клас III, (CHA₂DS₂-VASc 4 бали, HAS-BLED 2 бали). СН II Б із систолічною дисфункцією NYHA III ФК.

3. ІХС: дифузний кардіосклероз, персистуюча форма фібриляції передсердь, клас II, (CHA₂DS₂-VASc 3 бали, HAS-BLED 1 бал) СН II А, II ФК. Медикаментозна кардіоверсія (дата), СН I

4. ІХС: постінфарктний кардіосклероз, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, СН II А ст. NYHA II ФК із систолічною дисфункцією.

5. Міокардіофіброз, передсердно-шлуночкова вузлова пароксизмальна реципрокна тахікардія (звичайна) СН 0 ст.

6. Синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта, передсердно-шлуночкова пароксизмальна реципрокна ортодромна тахікардія (Дата).

7. Синдром подовженого інтервала QT, пароксизмальна поліморфна лівошлуночкова тахікардія (дата), синкопальні стани. СН0 ст.

8. Ідіопатична аритмія: персистуюча фібриляція передсердь, тахісистолічна форма, (CHA₂DS₂-VASc 1бал, HAS-BLED 1 бал) стан після медикаментозної кардіоверсії (дата).

9. Аритмогенна дисплазія правого шлуночка, стійка мономорфна шлуночкова тахікардія, раптова серцева смерть (аритмічна), незворотна (фібриляція шлуночків, асистолія, дата).

10. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (дата), А-В блокада III ст., напади MAC, СН I ст.

11. ІХС: дифузний кардіосклероз, повна АВ блокада від 15.05.15, синкопе, імплантація ШВРС від 15.05.15. тип DDD, СН I ст. зі збереженою ФВ.

12. Міокардіофіброз, шлуночкові екстрасистолія III клас за B. Lown. СН 0 ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- атріовентрикулярні блокади I, II ст. (Мобітц I);
- блокади ніжок пучка Гіса, окрім гострої ПБЛНПГ;
- екстрасистолія низьких градацій;

- нормоформа постійної фібриляції передсердь;
- амбулаторне обстеження та лікування, при необхідності – додаткові обстеження в кардіологічному диспансері та діагностичному центрі.

Фібриляція передсердь:

Хворі з ФП підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. При необхідності відновлення синусового ритму при персистуючій формі аритмії за неефективності амбулаторного лікування та/або при порушеннях гемодинаміки, або для планової ЕІТ хворі підлягають госпіталізації в кардіологічне відділення, за відповідними показаннями – у відділення інтенсивної терапії.

Показання до госпіталізації:

- Вперше виявлена ФП.
- Пароксизмальна ФП, коло немає ефекту препаратів, застосованих для відновлення синусового ритму.
- Пароксизмальна ФП, що супроводжується розладами гемодинаміки або ішемією міокарда, яку не вдалося зняти медикаментозно або за допомогою електричної кардіоверсії.
- У випадку виникнення ускладнень анти аритмічної терапії. Часто речидивуючі пароксизми ФП (з метою підбору анти аритмічної терапії).
- При постійній формі ФП госпіталізація показана при високій тахісistolії, посиленні проявів СН (для корекції медикаментозної терапії).

Надшлуночкові тахікардії:

- Хворі з НШТ підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання.
- При необхідності відновлення ритму за неефективності амбулаторного лікування та/або гострого порушення

гемодинаміки, хворі підлягають госпіталізації в кардіологічний стаціонар, за відповідними показаннями у відділення інтенсивної терапії.

- При нечастих малосимптомних нападах хворі потребують відновлення синусового ритму за допомогою таблетированих препаратів у амбулаторних умовах.

- При частих симптомних нападах відновлення проводиться бригадами швидкої допомоги.

Шлуночкові порушення ритму:

- Підлягають обстеженню та лікуванню в закладах первинної медичної допомоги.

- При виникненні потенційно загрозливих аритмій, при порушеннях гемодинаміки – термінова госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

- Планова госпіталізація в кардіологічний стаціонар показана за наявності в анамнезі нападів ШТ, суб'єктивної непереносимості аритмії, неефективності медикаментозного лікування на амбулаторному етапі.

Порушення атріовентрикулярного проведення:

- Діагностичний етап може проводитись як в амбулаторних умовах, так і в умовах спеціалізованого медичного закладу, це перед усім залежить від гемодинаміки хворого та скарг, з якими він звернувся.

- До кардіологічного стаціонару направляється при синкопальних станах, нестабільній гемодинаміці, де є можливість проводити неінвазивні та інвазивні методики.

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – патологічний стан, при якому серце не забезпечує органи і тканини необхідною кількістю крові у відповідності до метаболічних потреб.

Класифікація хронічної серцевої недостатності
Української Асоціації кардіологів
Рекомендації АКУ, 2012

Основні терміни:

- Клінічна стадія СН.
- Варіант СН.
- Функціональний клас (ФК).

Коди за МКХ-10: I 50, I 50.0, I 50.9.

Клінічні стадії: I, II А, II Б, III.

– клінічна стадія серцевої недостатності (СН): I; II А; II Б; III відповідають I, IIА, IIБ і III стадіям відповідно хронічної недостатності кровообігу за класифікацією М.Д.Стражеско-В.Х. Василенко:

I – початкова недостатність кровообігу, виявляється лише при фізичному навантаженні (задишка, тахікардія, втомлюваність), у спокої порушення функції органів відсутні.

II – виражена тривала недостатність кровообігу, порушення гемодинаміки (застій у малому та великому колі кровообігу), порушення функції органів та обміну речовин виражені у спокої;

Період А – початок стадії, порушення гемодинаміки виражене помірно, застій в одному колі кровообігу, відмічається порушення функції серця або тільки якогось з його відділів.

Період Б – застій в обох колах кровообігу, глибокі порушення гемодинаміки, потерпає вся серцево-судинна система.

III – кінцева, дистрофічна, тяжкі порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів.

Варіанти СН:

- із систолічною дисфункцією ЛШ – фракція викиду ЛШ 45% і менше;
- із збереженою фракцією викиду ЛШ – фракція викиду ЛШ більше 45%.

Функціональні класи кардіологічних пацієнтів за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA)

Функціональний клас I – пацієнти із захворюванням серця, у яких звичайні фізичні навантаження не викликають задишки, втоми чи серцебиття.

Функціональний клас II – пацієнти із захворюванням серця та помірним обмеженням фізичної активності. Задишка, втома та серцебиття спостерігаються при звичайних фізичних навантаженнях.

Функціональний клас III – пацієнти з захворюванням серця та вираженим обмеженням фізичної активності. У стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.

Функціональний клас IV – хворі з захворюванням серця, у яких будь-який рівень фізичної активності викликає зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають і у стані спокою.

Примітки: стадія ХСН відображує етап клінічної еволюції даного синдрому, у той час як функціональний клас (ФК) є динамічною характеристикою, що може змінюватися під впливом лікування. Визначення варіантів ХСН можливе при наявності відповідних даних ехокардіографічного дослідження. Функціональний клас хворого встановлюється за клінічними критеріями, але в разі необхідності може бути об'єктивізований за даними інструментального дослідження.

Орієнтовна відповідність клінічних стадій ХСН функціональним класам хворих	
Стадія СН	Функціональний клас пацієнта
I стадія	II ФК (на фоні адекватного лікування – I ФК)
II А стадія	III ФК (або II ФК I, в окремих випадках I ФК на фоні адекватного лікування)
II Б стадія	IV ФК (або II-III ФК на фоні адекватного лікування)
III стадія	IV ФК (в окремих випадках III ФК на фоні адекватного лікування)

Визначення функціональних класів серцевої недостатності (СН) за даними фізичного навантаження
Параметри фізичної активності і споживання кисню у хворих з різними ФК СН

(6-хвилинний тест – хода)

ФК	6-хвилинна дистанція (м)	Споживання кисню мл/хв/м²
0	> 551	> 22,1
I	426-546	18,1-22,0
III	151-300	10,1-14,0
IV	< 150	< 10,0

Стадії СН за ACCF/АНА	
Стадія	Опис
A	Високий ризик СН, проте відсутні органічні хвороби серця і скарги властиві СН
B	Наявність органічної хвороби серця за відсутності скарг чи об'єктивних ознак СН
C	Наявність органічної хвороби серця ознаками СН, що виникли уперше або повторно

D	Рефрактерна СН, яка потребує особливих втручань
---	---

Визначення СН залежно від величини ФВ ЛШ Рекомендації ESC 2016			
Критерії	Тип СН		
	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
1	Скарги ± фізикальні ознаки		
2	ФВ ЛШ < 40%	ФВ ЛШ 40-49%	ФВ ЛШ > 50%
3	–	1. Збільшення рівня НУП 2. Наявність >1 із додаткових критеріїв: – відповідне органічне захворювання серця (гіпертрофія ЛШ і/або збільшення лівого передсердя); – діастолічна дисфункція ЛШ	

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ІХС: стабільна стенокардія напруги, ІІІ ФК, постінфарктний кардіосклероз (дата), СН І стадії із збереженою ФВ лівого шлуночка. НУНА ФК ІІ.

2. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (Q – інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка – дата). Хронічна аневризма передньоперегородкового відділу лівого шлуночка. СН ІІ А стадії з систолічною дисфункцією лівого шлуночка, НУНА ІІІ ФК. ((Після лікування такий самий, але ІІ ФК)).

3. Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії, ступінь 3, гіпертензивне серце. СН ІІ А стадії зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. НУНА ФК ІІ. (після лікування такий самий, але І ФК) ризик 4 (дуже високий).

4. Гіпертонічна хвороба III стадії, 3 ступеня, дуже високого ризику. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (дата ІМ), політопна шлуночкова екстрасистолія, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, NYHA ФК IV.

5. Гіпертонічна хвороба III стадії, ступінь 3, ризик 4 (дуже високий), ІХС: постінфарктний кардіосклероз (Q – інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка – дата), постійна форма фібриляції передсердь, (CHA2DS2-VASc 5 балів, HAS-BLED 4 бали). Повна блокада лівої ніжки п. Гіса. СН ІІБ стадії з систолічною дисфункцією лівого шлуночка, NYHA IV.

6. Хронічний ревматизм, неактивна фаза, мітральний стеноз IV ст., трикуспідальна недостатність, СН ІІБ з систолічною дисфункцією, NYHA IV ФК.

7. Хронічна ревматична хвороба серця, активність I ступеня, комбінована мітральна вада з перевагою стенозу значного ступеня, СН ІІБ стадії зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка, NYHA ФК IV.

8. Дилатаційна кардіоміопатія, відносна недостатність мітрального клапана, постійна форма фібриляції передсердь, (CHA2DS2 -VASc 3 бали, HAS-BLED 2 бали). СН ІІБ стадії з систолічною дисфункцією лівого шлуночка, NYHA IV ФК.

9. Гіпертрофічна кардіоміопатія з обструкцією виносного тракту ЛШ. СН ІІА стадії зі збереженою фракцією викиду ЛШ, NYHA II ФК.

10. Дегенеративно-кальцінуюча хвороба клапанів серця: критичний аортальний стеноз. СН ІІА стадії з систолічною дисфункцією лівого шлуночка, NYHA III ФК.

*Примітка: * якщо у хворого наявна стабільна стенокардія напруги, то в діагнозі вказують тільки ФК останньої, ФК ХСН не наводять.*

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– хворі з ХСН підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню з залученням кардіолога. При необхідності – додаткові обстеження в кардіологічному диспансері та діагностичному центрі.

Стаціонарне лікування:

– при прогресуванні ХСН.

ГОСТРА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Класифікація

Робоча група з невідкладної кардіології Асоціації кардіологів України, 2012

Клінічні типи

1. *Гостра декомпенсована серцева недостатність* (de novo або в зв'язку з декомпенсацією ХСН) з незначно вираженими ознаками і симптомами гострої серцевої недостатності (ГСН), які не відповідають критеріям діагностики кардіогенного шоку, набряку легень або гіпертензивного кризу.

2. *Гостра серцева недостатність при артеріальній гіпертензії*. Ознаки і симптоми ГСН супроводжуються високим АТ і відносно збереженою функцією лівого шлуночка, з рентгенологічними ознаками відсутності набряку легень.

3. *Набряк легень* (який підтверджений рентгенографією органів грудної порожнини, супроводжується гострим респіраторним дистрес-синдромом, з клекотінням, ортопное та сатурацією кисню < 90%).

4. *Кардіогенний шок* – ознаки гіперфузії тканин, яка індукована серцевою недостатністю після корекції переднавантаження, супроводжується зниженням АТ (сistolічний < 90 мм рт.ст., або зниженням середнього АТ < 30 мм рт.ст.)

5. ГСН з високим серцевим викидом характеризується підвищеним серцевим викидом, зазвичай на тлі тахікардії, яка спричинена аритмією, тиреотоксикозом, анемією, хворобою Педжета, ятрогенними або іншими факторами. Клінічно периферичні тканини теплі на дотик, спостерігається застій у легенях, іноді низький АТ.

6. Недостатність правих відділів серця, характеризується синдромом низького серцевого викиду з підвищеним тиском у яремних венах, гепатомегалією та гіпотензією.

Класифікація серцевої недостатності у хворих на гострий інфаркт міокарда <i>T. Killip, M. Wolk, S. Scheid, 1972</i>	
I клас	Без ознак серцевої недостатності, відсутній III додатковий тон серця та хрипи в нижніх частинах легень
II клас	З явищами слабо або помірно вираженої серцевої недостатності, наявністю вологих дрібнопухирцевих хрипів не більше, ніж понад 50% поверхні обох легень, може вислуховуватися III додатковий тон
III клас	З клінічними ознаками серцевої астми та альвеолярного набряку легень, вологими дрібнопухирцевими хрипами більш як над 50% поверхні обох легень
IV клас	Хворі з кардіогенним шоком, артеріальним тиском, нижчим за 12 кПа (90 мм рт.ст.), ознаками недостатності периферичної перфузії (зниження температури шкіри, холодні вологі кінцівки, мармуровий відтінок шкіри, зменшення сечовиділення, ціаноз, сплутаність свідомості)

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ступеня, гіпертензивне серце, ризик дуже високий. Ускладнений гіпертензивний криз – гіпертензивна гостра серцева недостатність (дата).

2. ІХС: Q-інфаркт міокарду передньоперетинкової області (дата). Killip III (дата).

3. ІХС: постінфарктний кардіосклероз, гостра декомпенсована серцева недостатність СН II А, НУНА IV ФК.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Стаціонарне лікування:

– всі хворі на ГСН підлягають ургентній госпіталізації в кардіологічні, профільні відділення з палатами інтенсивної терапії або у відділення інтенсивної терапії та реанімації.

НЕКОРОНАРОГЕННІ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Наказ МОЗ України № 54 від 14.02.2002

Класифікація кардіоміопатій, міокардитів та перикардитів

Систематизація некоронарогенних хвороб та уражень серця по етіологічному та патогенетичному механізмах розвитку з позиції оптимального вибору лікування.

Групи хвороб та уражень серця

I. Функціональні

- Соматоформна (соматогенна) вегетативна дисфункція
- Вегето-судинна дистонія

II. Метаболічні та дегенеративна (дистрофічні)

Ендокринні хвороби, розлади харчування та метаболічні порушення

- Тиреотоксична хвороба серця
- Подагричне серце
- Міокардіофіброз
- Амілоїдоз серця тощо
- Алкогольна кардіоміопатія
- Кардіопатія, спричинена дією лікарських засобів та інших (алергічних і токсичних) факторів

- Дегенерація міокарда інші кардіоміопатії

III. Запальні (в т.ч. інфекційні, паразитарні)

- Перикардит
- Ендокардит, в т.ч. вальвуліт
- Міокардит
- Гострий ревматизм та хронічні ревматичні хвороби (вади) серця, в т.ч. пролапс мітрального клапану

- Ревматичні хвороби з запальними та імунними механізмами розвитку (ревматоїдний артрит з залученням серця, системний червоний вовчак, системна склеродермія
- Прямі вірусні, інфекційні та паразитарні ураження міокарда – міокардити
- Опосередковані ураження при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

IV. Первинні морфологічні

- Неревматичні ураження мітрального клапану, в т.ч. пролапс мітрального клапана
- Набуті вади серця, окрім ревматичних
- Вроджені вади серця
- Кардіоміопатії: дилатаційна, обструктивна та інші гіпертрофічні, рестриктивна, аритмогенна) інші кардіоміопатії
- Пухлини серця (злоякісні новоутворення серця, доброякісні новоутворення серця)

Згідно з МКХ-10 слід виділяти функціональні ураження серця, які можуть визначатися як вегетосудинна дистонія з відповідними проявами (по кардіальному, гіпертензивному, гіпотензивному типу). Термін "міокардіодистрофія" можливо замінити на термін "метаболічна кардіоміопатія". Враховуючи, що МКХ-10 передбачає виділення кардіоміопатії спричиненої дією лікарських засобів та інших зовнішніх факторів, включаючи алергічні і токсичні реакції, доцільно окремо виділяти алкогольну кардіоміопатію та токсичну кардіоміопатію. Що стосується запальної кардіоміопатії; визнано за доцільне обмежено и використовувати і пріоритет віддавати терміну "міокардит", класифікацію якого викладено нижче.

ВЕГЕТО-СУДИННА ДИСТОНІЯ

Вегето-судинна дистонія (ВСД) – поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є нестійкість пульсу, АТ, кардіалгія, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні порушення, порушення судинного тону, низька толерантність до фізичного навантаження і стресових станів при доброякісному перебігу та доброму прогнозі життя.

МКХ-10: G 90.

Класифікація вегето-судинної дистонії у підлітків

Клінічні типи:

- Гіпертонічний.
- Гіпотонічний.
- Кардіальний: кардіалгічний варіант, аритмічний варіант.
- Змішаний тип.

Примітка: ВСД може бути основним захворюванням та синдромом. У останньому випадку вегето-судинна дистонія характеризується сукупністю вегетативних порушень організму і вказується в розгорнутому клінічному діагнозі після основного захворювання (патології внутрішніх органів, ендокринних залоз, нервової системи, і т.п.), які можуть бути етіологічними фактором виникнення вегетативних розладів.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Вегето-судинна дистонія за гіпертензивним типом.
2. Вегето-судинна дистонія за гіпотензивним типом.
3. Вегето-судинна дистонія за кардіальним типом, кардіалгічний варіант. СН 0 ст.
4. Вегето-судинна дистонія за кардіальним типом, плуночкова екстрасистолія, СН 0 ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- всі хворі з ВСД підлягають обстеженню та лікуванню за місцем проживання в амбулаторно-поліклінічних установах. У поліклініці хворому надає допомогу невролог, сімейний лікар, терапевт;
- при необхідності диференційного діагнозу – додаткові обстеження в кардіологічному відділенні;
- хворі з частими пароксизмальними станами підлягають обстеженню та лікуванню в умовах неврологічного стаціонару.

КАРДІОМІОПАТІЇ

Класифікація кардіоміопатій (2016)

I. Нозологічна форма:

- дилатаційна кардіоміопатія МКХ-10: I 42.0;
- гіпертрофічна кардіоміопатія (обструктивна – I 42.1, необструктивна I 42.2);
- рестриктивна кардіоміопатія I 42.3-5;
- алкогольна кардіоміопатія; I 42.6;
- кардіоміопатія, обумовлена ліками і іншими зовнішніми факторами; I 42.7;
- аритмогенна кардіопатія правого шлуночку; I 42.8;
- кардіоміопатії при хворобах, класифікованих в інших рубриках; I 43;
- некласифіковані кардіоміопатії – I 42.8;
- кардіоміопатія при інфекційних та паразитарних хворобах, в т.ч. дифтерії, I 43.0;
- метаболічна кардіоміопатія*. I 43.1, I 43.2, I 43.8.

II. Клінічний варіант: аритмія, кардіалгія, тощо.

III. Серцева недостатність (СН I-III ст.).

** – обумовлені ендокринними порушеннями*

Класифікації кардіоміопатій

*В основу нової класифікації КМП покладено
класифікацію ЄТК 2008 року*

Кардіоміопатія – патологія міокарду, при якій відбуваються його структурні або функціональні порушення, і які не зумовлені ішемічною хворобою серця, гіпертензією, клапанними вадами і вродженими захворюваннями серця.

Види (фенотипи) КМП:

I. ГКМП (гіпертрофічна КМП);

II. ДКМП (дилатаційна КМП);

III. АДПЖ (аритмогенна дисплазія правого шлуночка);

IV. РКМП (рестриктивна КМП);

V. Некласифіковані:

1) некомпактний міокард;

2) стрес-індукована (КМП Такацубо);

Усі види (фенотипи) КМП, в свою чергу, поділяються на:

A. Сімейні/спадкові (генетичні):

1. Неідентифіковані генні дефекти;

2. Підтип захворювання:

з відомим геном: мутації генів саркомерних, регуляторних, цитоскелетних білків, руанідинових рецепторів (RuR₂), білку вставного диску та т.і.;

а. мітохондриальні КМП;

б. хвороби метаболізму:

– порушення накопичення глікогену:

– II типу – хвороба Помпе (Pompe's disease);

– III типу – хвороба Форбе (Forbes diseases);

- хвороба Данону (Danon disease);
- лизосомальні хвороби накопичення;
- хвороба або синдром Андерсона-Фабрі (Anderson-Fabry disease);
- синдром Харлера (Hurler's syndrome або Hurler-Pfaundler syndrome);
- порушення метаболізму жирних кислот.

Б. Несімейні/набуті (негенетичні):

- а. ідіопатичні;
- б. підтип захворювання:
 - токсична КМП (в тому числі індукована медикаментозно, радіаційним ураженням та т.і.);
 - ендокринні КМП;
 - аліментарні (нутритивні) КМП: дефіцит тіаміну, селену, гіпофосфатемія, гіпокальціємія і т.д.;
 - алкогольна КМП;
 - тахікардіопатія;
 - перипортальна КМП;
 - «спортивне серце»;
 - КМП у дітей, матері яких хворіють на інсулінзалежний цукровий діабет;
 - запальна КМП/міокардит *.

Слід підкреслити, що продовжується дискусія з питання про можливість включення в розділ КМП:

I. синдромальних або вторинних КМП:

- 1) синдром Нунана (Noonan's syndrome);
- 2) синдром ЛЕОПАРД (LEOPARD syndrome або cardiomyopathic lentiginosis);
- 3) Атаксія Фрідрейха (Friedreich's ataxia);
- 4) Синдром Беквіта-Ведермана (Beckwith-Wiedemann syndrome або EMG syndrome);
- 5) Синдром Свіра (Swyer's syndrome).

II. порушень іонних каналів – «каналопатій»:

- 1) синдром подовженого інтервалу QT (LQTS);
- 2) синдром Бругада;
- 3) синдром скороченого інтервалу QT (SQTS);
- 4) синдром Ленегре (Lenegre);
- 5) катехоламінінергична поліморфна шлуночкова тахікардія (CPVT);

6) Азійський синдром нез'ясованої раптової нічної смерті (Asian SUNDs).

* – *запальна КМП/міокардит* – хронічний міокардит з дисфункцією лівого шлуночка та при відсутності інфекційного агента в тканинах міокарду.

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – це первинне ураження міокарда, яке характеризується вираженою гіпертрофією міокарда лівого шлуночка (інколи правого шлуночка), нормальними або зменшеними порожнинами лівого шлуночка, вираженою діастолічною дисфункцією шлуночка і частим розвитком порушень ритму. Розрізняють асиметричну і симетричну форми ГКМП.

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) – гостре, підгостре або хронічне ушкодження серцевого м'яза різної етіології, що супроводжується кардіомегалією з розширенням камер серця, порушенням систолічної функції і розвитком симптомів серцевої недостатності.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Алкогольна кардіоміопатія, кардіалгія, пароксизмальна форма фібриляції передсердь (CHA₂DS₂-VASc 4 бали, HAS-BLED 2 бали). СН II Б ст., NYHA II ФК.

2. Дилатаційна кардіоміопатія, фібриляція передсердь, постійна форма, (CHA₂DS₂-VASc 3 бали, HAS – BLED 2 бали), екстрасистолічна аритмія, СН II Б ст. з систолічною дисфункцією, NYHA IV.

3. Гіпетрофічна кардіоміопатія, обструктивна форма, пароксизмальна передсердна тахікардія, СН II А ст., діастолічний варіант, NYHA III.

4. Дифузний токсичний зоб II ст., метаболічна кардіоміопатія, персистуюча фібриляція передсердь, (CHA₂DS₂-VASc 2 бали, HAS-BLED 2 бали), СН II А ст., зі збереженою ФВ, NYHA III.

5. Менопаузальний (клімактеричний) період, метаболічна кардіоміопатія, суправентрикулярна екстрасистолія, кардіалгія, СН 0 ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– хворі з ГКМП, ДКМП та метаболічними кардіоміопатіями підлягають обстеженню та лікуванню з залученням кардіолога. Обстеження може проводитись в поліклініках, або у кардіологічному диспансері. За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування.

Стаціонарне лікування:

– хворі з ДКМП, ГКМП за необхідності додаткових обстежень для уточнення діагнозу;

– хворі з ДКМП, ГКМП при прогресуванні серцевої недостатності, порушень ритму;

– хворі з метаболічними кардіоміопатіями для уточнення діагнозу, при прогресуванні серцевої недостатності, порушень ритму; при необхідності – у профільному відділенні за етіологією.

МІОКАРДИТИ

Міокардит – ушкодження серцевого м'язу запального характеру, зумовлене безпосереднім або ж опосередкованим через імунні механізми впливом інфекцій, паразитарної або протозойної інвазії, хімічних і фізичних чинників, метаболічних розладів, а також таке, що виникає при алергійних, аутоімунних захворюваннях і трансплантації серця, яке діагностують за допомогою гістологічних, імунологічних та імуногістохімічних критеріїв, та асоційоване з порушеннями механічної або електричної функції серця.

Код за МКХ-10: I 40.

I 40.0 – інфекційний міокардит при бактеріальних хворобах, які класифіковані у інших рубриках;

I 40.1 – міокардит при вірусних хворобах;

I 41.2 – міокардит при інших інфекційних та паразитарних хворобах;

I 41.8 – міокардит при інших хворобах;

I 51.4 – міокардит не уточнений.

Класифікація

Класифікація міокардитів потребує особливого підходу, враховуючи велику кількість етіологічних факторів та патогенетичних механізмів у їх розвитку. В її основу покладена класифікація, що була прийнята на VI Конгресі кардіологів України (Київ, 2000). Доповнення внесені згідно останнім рекомендаціям ААС та ЄТК з діагностики міокардитів та запальної КМП (АКУ, 2016).

1. Варіанти перебігу:

- гострий: до 3 місяців від початку захворювання **I 40**;
- підгострий: 3-6 місяців від початку захворювання **I 40.10**;
- хронічний: більше 6 місяців від початку захворювання **I 51.4**;
- міокардіофіброз – **I 51.4**.

2. Етіологія:

- а) з визначеною етіологією **I 40, I 41** (інфекційні, бактеріальні, вірусні, паразитарні, при інших хворобах);
- б) не уточнений **I 40.9**.

3. Поширеність:

- а) ізольований (вогнищевий) – **I 40.1**;
- б) інший (дифузний) – **I 40.8**.

4. Перебіг: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

5. Ускладнення: міоперикардит, периміокардит, порушення ритму та провідності, тромбоемболія.

6. Серцева недостатність I-III стадії, ФК.

Класифікація за етіологією:

- Вірусні – віруси Коксаки, гепатит В, С, Д грип, ВІЛ, герпес, цитомегаловірус та ін;
- бактеріальні (мікоплазма пневмонії, мікобактерії, бліда трепонема, сальмонела, пневмокок, хламідії та ін.);
- грибкові (аспергільоз, кандидоз, кокцидиомікоз, криптококоз, гистоплазмоз та ін.);
- протозойні (трипаносома та ін.);
- паразитарні (шистоматоз та ін.);
- токсичні (антрацикліни, кокаїн, кобальт та ін.);
- медикаментозні (сульфаніламід, азитроміцин, бензодіазепіни, цефалоспорини, діуретики, дігосин, добутамін, трициклічні антидепресанти та ін.);
- імунологічні синдроми (синдром Чардж-Строса, неспецифічний виразковий коліт, саркоїдоз, СЧВ, грануломатоз Вегенера та ін.).

Легкий перебіг – переважно вогнищевий міокардит без збільшення порожнин та без порушення систолічної функції серця, без життєво небезпечних порушень серцевого ритму та провідності, СН I-0 стадії;

Середньої важкості – вогнищевий або дифузний міокардит з незначним збільшенням порожнин серця та помірним порушенням (або без дисфункції) систолічної

функції серця, без життєво небезпечних порушень серцевого ритму та провідності, СН I-IIA стадії;

Важкий – переважно дифузний міокардит із кардіомегалією, значними порушеннями систолічної функції серця та проявами СН II A-B стадії, з життєво небезпечними порушеннями серцевого ритму.

У наступний час виконання ендоміокардіальної біопсії у більшості випадків при підозрі на міокардит не рекомендовано через відсутність специфічних, обґрунтованих на цьому методі рекомендацій з терапії. Згідно рекомендацій 2007 года Американської асоціації серця (AHA), Американської колегії кардіологів (ACCF) та Європейського товариства кардіологів (ESC) «Роль ендоміокардіальної біопсії у діагностиці та лікуванні серцево-судинних захворювань» виконанню ЕМБ присвоєно I клас рекомендацій у випадках:

- нез'ясованої повторної серцевої недостатності (СН) тривалістю менше 2 тижнів при нормальному або дилатованому лівому шлуночку та порушеннях гемодинаміки (може визначатися лімфоцитарний міокардит, гігантоклітинний міокардит та некротизуючий еозинофільний міокардит);

- нез'ясованої вперше виниклої СН тривалістю від 2 тижнів до 3 місяців при дилатованому ЛШ та з вперше виниклими шлуночковими аритміями, АВ-блокадою 2 (II тип Мобітца) – 3-го ступеню або недостатня ефективність звичайної терапії протягом 1-2 тижнів (може спостерігатися гігантоклітинний міокардит).

Клас рекомендації IIa присвоєно наступним клінічним сценаріям:

- нез'ясованої вперше виниклої СН тривалістю понад 3 місяців при дилатованому ЛШ та з повторно виниклими шлуночковими аритміями, АВ-блокадою 2 (II тип Мобітца) – 3-го ступеню або недостатньою ефективністю звичайної

терапії протягом 1-2 тижнів (може спостерігатися саркоїдоз або ідіопатичний грануломатозний міокардит);

- нез'ясованою СН, яка пов'язана з дилатаційною кардіоміопатією (ДКМП) різної тривалості, при якій має місце підозра на алергійну реакцію з еозинофілією (гіперсенситивний міокардит, некротизуючий еозинофільний міокардит);

- нез'ясованою СН при підозрі на антрациклінову кардіоміопатію;

- СН, асоційованою із нез'ясованою рестриктивною кардіоміопатією;

- підозра на пухлину серця (за винятком типової міксом);

- нез'ясованою кардіоміопатією у дітей.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Гострий вірусний (грипозний) вогнищевий міокардит, середньої тяжкості перебігу, суправентрикулярна екстрасистолія, СН II А ст., зі збереженою ФВ, NYHA II ФК.

2. Гострий дифтерійний дифузний міокардит, тяжкий перебіг, А-В блокада Mobitz II, СН II Б, з систолічною дисфункцією, NYHA III ФК.

3. Гострий медикаментозний (після хіміотерапії) дифузний міокардит, тяжкий перебіг, кардіалгія, напади шлуночкової поліморфної пароксизмальної тахікардії, СН I ст., зі збереженою ФВ, NYHA II ФК.

4. Міокардіофіброз, порушення ритму, суправентрикулярна екстрасистолія, СН 0 ст.

5. Гострий вірусний (післягрипозний) вогнищевий міокардит, легкий перебіг, АВ-блокада I ступеня, синусова тахікардія, СН I ст., NYHA II ФК.

6. Хронічний дифузний міокардит не уточненої етіології, тяжкий перебіг, перситуюча форма ФП (CHA₂DS₂-VASc

3 бали, HAS-BLED 2 бали), тахісistolічний варіант, СН II Б із систолічною дисфункцією, NYHA III ФК.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– хворі з вогнищевим міокардитом підлягають обстеженню та лікуванню за місцем проживання, а при необхідності – додаткові обстеження в кардіологічному диспансері та діагностичному центрі.

Стаціонарне лікування:

– для проведення диференційної діагностики при симптомах тяжкого ураження міокарду;
– хворі із дифузним міокардитом середньої важкості або з важким перебігом.

ПЕРИКАРДИТИ

Перикардит – інфекційне або неінфекційне (асептичне) запалення вісцерального і парієнтального листків перикарду.

Код за МКХ-10:

I 30.0 – гострий неспецифічний ідіопатичний перикардит

I 30.1 – інфекційний перикардит

I 30.8 – інші форми гострого перикардиту

I 31.0 – хронічний адгезивний перикардит

I 31.1 – хронічний конструктивний перикардит

Класифікація

I. Етіологічна характеристика:

Перикардит при бактеріальних інфекціях;

Перикардит при інфекційних і паразитарних хворобах;

Перикардит при інших хворобах;

Перикардит не уточнений;

II. Патогенетичні і морфологічні варіанти:

Хронічний адгезивний;

Хронічний констриктивний, в тому числі кальциноз перикарду;

Гемоперикард;

Перикардіальний випіт (незапальний) – гідроперикард, в тому числі хілоперикард.

III. Ускладнення – міоперикардит, пери міокардит.

IV. Характер перебігу: гострий, хронічний, прогресуючий.

V. Оцінка ступеня виразності перикардіального випоту за даними ультразвукових та інших методів дослідження (незначна, середня, велика).

VI. Серцева недостатність (0-III стадії ФК).

Класифікація перикардитів за етіологією (ESC, 2015)

1. Інфекційні причини:

Віруси (часто): Коксаки А9, В 1-4, Ехо 8, вірус паротита, цитомегаловірус, варицелла, рубелла, ВІЛ, парво В19 та ін.,

Бактерії: мікобактерії туберкульоза (часто), бореліоз, рідко – пневмо-, менінгококи, стафілокок, гонококи, гемофіліс, бліда трепонема, хламідія, мікоплазма, легіонера.

Грибки (дуже рідко): кандиди, гістоплазма, аспергіліус – у пацієнтів з імунodefіцитом.

Паразити: ехінокок, токсоплазма та ін.

2. Неінфекційні причини:

Аутоімунні (часто) – перикардит при системних аутоімунних захворюваннях (СЧВ, синдром Шегрена, РА, склеродермія), системних васкулітах (гранулематоз Вегенера, хвороба Хортон, Такаяс, синдром Бехчета), саркоїдоз, вузликовий поліартеріїт, синдром Стілла, сімейна середиземноморська лихоманка, запальні хвороби кишечника.

Пухлини: первинні пухлини, метастатичні (частіше всього при раці легень та молочних залоз).

Метаболічні: уремія, гіпотиреоз, анорексія.

Травматичні та ятрогенні:

– ранній початок (рідко): пряме ушкодження (проникаюча рана грудної клітки, перфорація стравоходу), непряме ушкодження (променеве ураження, непроникаюча травма грудної клітки);

– відстрочений початок: синдроми ураження перикарда (загальні) – синдром Дреслера, післяперикардіотомічний синдром, посттравматичні ураження (після черекутанних коронарних втручань, імплантації штучного водія ритму, радіочастотної абляції);

– внаслідок лікарських засобів: вовчаковий синдром (прокаїнамід, гідралазин, метилдопа, ізоніазід, фенітоїн), протипухлинні препарати (доксорубіцин, даунорубіцин, цитозин арабінозид, 5-фторурацил, циклофосфамід), пеніцилін, аміодарон, месалазин, клозапін, міноксидил, дантропен, практолол, фенілбутазон, тіазиди, стрептоміцин, тіоурацил, стрептокіназа, аміносаліцилова кислота, сульфаніламід, циклоспорін, бромкриптин, деякі вакцини, колоній стимулюючий фактор гранулоцитів та макрофагів, антагоністи фактора некрозу пухлин.

Інші причини:

– часті: амілоїдоз, розшарування аорти, легенева гіпертензія та хронічна серцева недостатність;

– рідкі: вроджена часткова або повна відсутність перикарду.

Класифікація перикардіальних випотів за даними ехокардіографії <i>Horowitz M.S.</i>	
Тип випоту	Ехокардіографічні ознаки
A	Випоту немає
B	Сепарація епікарду та перикарду 3-16 мл

C ₁	малий випіт – понад 16 мл
C ₂	Систолічна і діастолічна сепарація епікарду та перикарду з ослабленням рухливості перикарду
D	Виражена сепарація епікарду та перикарду з великим еховільним простором
E	Стовщення перикарда (понад 4 мм)

<i>Характеристика перикардіального випоту за ступенем виразності</i>	
Випіт в залежності від ступеню виразності	Характеристика
Незначний	Сепарація листків перикарду в діастолу менше 10 мм
Помірний	Сепарація листків перикарду більше 10 мм, максимальна кількість рідини виявляється у ділянці верхівки ЛШ та за лівим передсердям
Значний	Сепарація листків перикарда понад 20 мм
Дуже виразний	Понад 20 мм та здавлення камер серця позаду та спереду.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гострий вірусний ексудативний (серозно-фібринозний) перикардит, середній ступінь важкості, СН II А, зі збереженою ФВ ЛШ, НУНА II ФК.
2. Хронічний туберкульозний адгезивний перикардит, СН III, НУНА ФКІV.

3. Хронічний (ідіопатичний) констриктивний перикардит, СН ІІ Б, NYHA IV ФК.

4. Хронічний перикардит внаслідок променевої терапії (променева терапія з проводу лімфогрануломатоза у 2015 році), СН Іст, NYHA ФК ІІ.

5. Гострий бактеріальний (стафілококовий) перикардит, середній ступінь вираженості перикардіального випоту, СН ІА стадії зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA ІІ ФК.

6. Хронічний невизначеної етіології перикардит, прогресуючий перебіг, значний ступінь вираженості перикардіального випоту, СН ІІБ стадії зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA ІІІ ФК.

7 Хронічний констриктивний перикардит, не визначеної етіології, незначний ступінь вираженості перикардіального випоту, СН ІІБ, зі збереженою ФВ, NYHA ФК ІІІ.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Стаціонарне лікування:

- хворі на гострий перикардит;
- хронічний констриктивний перикардит;
- за наявності показань направляють на хірургічне лікування.

ІНФЕКЦІЙНИЙ ЕНДОКАРДИТ

Інфекційний ендокардит – захворювання, яке викликане мікроорганізмами, характеризується: запально-деструктивним ураженням ендотелію серця та судин із формуванням вегетацій, тромбоемболічними ускладненнями та імунопатологоанатомічними змінами в різних органах та тканинах.

Код МКХ-10: І 39, при інфекційних захворюваннях має бути подвійне кодування.

Класифікація

I. Активність процесу: активний, неактивний.

II. Ендокардит природних клапанів:

- а) первинний;
- б) вторинний (набуті вади, вроджені вади серця, травма, чужорідні тіла).

III. Локалізація: аортальний клапан, мітральний клапан, трикуспідальний клапан, клапан легеневої артерії, ендокард передсердь або шлуночків.

IV. Збудник (грам+, грам–, L -форми, рикетсій, гриби).

V. Стадія клапанної вади; стадія серцевої недостатності.

VI. Ускладнення.

Класифікація ІЕ (ESC 2009)

за характером ураження клапанів

- первинний – на інтактних клапанах;
- вторинний – на змінених клапанах при ВВС, ревматизм;
- протез клапану;

за етіологією:

- грампозитивні бактерії;
- грамнегативні;
- бактеріальні коаліції;
- гриби;
- віруси Коксаки;

за перебігом:

- гострий – до 2 місяців;
- підгострий – від 3 місяців до 2 років;
- хронічний – більше 3 років;

- абортивний – стійке видужання;

за локалізацією:

- клапан;
- ендокард;

за ступенем активності:

- I мінімальна;
- II помірна;
- III висока.

Залежно від локалізації інфекції та наявності або відсутності внутрішньосерцевих штучних матеріалів поділяють:

- лівобічний ІЕ нативного клапану;
- лівобічний ІЕ протезованого клапану: ранній до 1 року після операції та пізній більше 1 року після операції;
- правобічний ІЕ;
- ІЕ при наявності імплантованого внутрішньо серцевого приладу (ЕКС, КВД).

Умови виникнення:

1. ІЕ, який пов'язаний з медичними втручаннями:

нозокоміальний – симптоми з'являються після 48 годин від госпіталізації;

не нозокоміальний – симптоми з'являються менше ніж 48 годин після госпіталізації при наявності медичного контакту амбулаторне в/в введення, сестринський догляд, гемодіаліз, в/в хіміотерапія менше 30 діб до почату ІЕ; госпіталізація у відділення інтенсивної терапії менше ніж 90 діб до початку ІЕ; пацієнти домів інвалідів або престарілих.

2. Позалікарняний ІЕ: симптоми з'являються після госпіталізації у пацієнтів, які не відносяться до категорій зазначених вище та у яких не було інвазивних медичних втручань.

3. ІЕ у осіб, які зловживають в/в введенням препаратів: вживання наркотичних речовин при відсутності інших джерел інфекції.

Активний ІЕ:

- персистуюча лихоманка та позитивні посіви гемокультури, або
- морфологічні ознаки запалення, які були виявлені при хірургічних втручаннях, або
- ІЕ у пацієнтів, які отримували антибактеріальну терапію,
- гістологічні ознаки активного ІЕ.

Повторний розвиток ІЕ

1. Рецидив – повторний епізод ІЕ, який викликаний тим же збудником менше, ніж через 6 місяців після першого епізоду.
2. Реінфекція – епізод ІЕ, який викликаний іншим збудником більше, ніж 6 місяців після першого епізоду.

Мікробіологія

Розрізняють наступні форми ІЕ:

1. ІЕ з позитивним результатом посіву крові (85%):
 - ІЕ викликаний стрептококами та ентерококами. Мікроорганізми цих груп найчастіше чутливі до пеніциліну;
 - ІЕ викликаний стафілококами.
2. ІЕ з негативним результатом посіву крові – наслідок попередньої антибіотикотерапії.
3. ІЕ, асоційований з негативним результатом посіву крові, коли захворювання викликають мікроорганізми, вимогливі до особливих харчових середовищ.
4. ІЕ, асоційований з постійно негативним результатом посіву крові (біля 5%), збудниками є внутрішньоклітинні бактерії. Для встановлення діагнозу необхідні серологічні тести, клітинні культури або ампліфікація гену.

Групи високого ризику розвитку ІЕ, яким рекомендована антибактеріальна терапія при виконанні медичних процедур(ESC, 2015):

1. Пацієнти з усіма видами протезованих клапанів, включаючи транскатетерні або протезовані матеріали, які використовувалися для відновлення серцевого клапану.
2. Пацієнти з попередніми епізодами ІЕ.
3. Пацієнти з вродженими вадами серця: всі типи цианотичних ВВС, всі типи ВВС з протезним матеріалом, який установлений при операції або при через шкірному втручанні, до 6 місяців після процедури або протягом життя, якщо залишаються резидуальні шунти або регургітація.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Первинний гострий стафілококовий ендокардит, ІІІ ст. активності, ураження аортального клапану (недостатність 2 ступеня), СН ІІ Б, НУНА ІІІ ФК, нефрит з ізольованим сечовим синдромом, емболія селезінки (дата).
2. Вторинний хронічний ендокардит з негативним посівом крові, активність ІІ ст., вроджена вада серця: дефект міжпередсердної перетинки, СН ІІ А, НУНА ІІІ ФК.
3. Первинний гострий лівобічний інфекційний ендокардит аортального клапану стрептококової етіології, помірна аортальна недостатність, активна фаза ІІ, СН ІІ А стадія із збереженою ФВ ЛШ, НУНА ІІІ ФК.
4. Вторинний лівобічний інфекційний ентерококовий ендокардит протезованого мітрального клапану, активна фаза ІІ, пізній, СН ІІ А стадія із збереженою ФВ ЛШ, НУНА ІІІ ФК.
5. Вторинний правобічний інфекційний ендокардит при наявності ЕКС, нозокоміальний, підгострий перебіг, активність ІІ, СН І ФК ІІ.

УМОВИ В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Стаціонарне лікування:

– всі хворі з інфекційним ендокардитом (бажано в кардіологічному відділенні). За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади.

НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ

Вадю серця називають органічне ураження клапанів серця, його перетинок, великих судин та міокарда, яке призводить до порушення функції серця, застою крові в венах, тканинах і органах, збіднення кров'ю артеріального русла. Розрізняють прості, комбіновані та поєднані вади серця.

Класифікація	
Класифікація набутих вад серця	Коментар
Етіологія	
Ревматична Неревматична	
Локалізація	
Мітральна Аортальна Вада трикуспідального клапана Вада клапана легеневої артерії	Незважаючи на рідкісність набутих вад клапана легеневої артерії, вони відображені в МКХ-10 і включені в запропоновану класифікацію

Характер ураження	
Ізольована	«Чистий» стеноз або недостатність одного клапану
Комбінована:	
– з переважанням стенозу; – з переважанням недостатності – без явного переважання	За наявності стенозу й недостатності одного клапана
Сполучена	У разі ураження кількох клапанів

Стадії набутих вад				
Стадії	Вади серця			
	мітральний стеноз	мітральна недостатність	аортальний стеноз	аортальна недостатність
I	Компенсації	Компенсації	Повної компенсації	Повної компенсації
II	Легеневого застою	Субкомпенсації	Прихованої СН	Прихованої СН
III	Правошлункової недостатності	Правошлункової декомпенсації	Відносної коронарної недостатності	Декомпенсації
IV	Дистрофічна	Дистрофічна	Виразної лівошлункової недостатності	Декомпенсації
V	Термінальна			

Мітральний стеноз

МКХ-10: I 05.0 – ревматичний.

I 34.2 – неревматичний (з уточненням етіології).

Мітральний стеноз – основною причиною є ревматизм, неревматична етіологія дуже рідка. Може бути виявлений при антифосфоліпідному синдромі у тому числі при системному червоному вовчаку, ревматоїдному артриті, може бути ускладненням карциноїдного синдрому, мукополісахаридозу, амілоїдозу; виникнути при інфекційному ендокардиті (при великих вегетаціях).

Оцінка ступеню тяжкості мітрального стенозу		
Класифікація мітрального стенозу за ступенями тяжкості	Площа мітрального отвору, см ²	Трансмітральний градієнт тиску, мм рт.ст.
Легкий	> 2,5	< 5
Помірний	1,5 - 2	5 - 10
Тяжкий (критичний)	< 1	> 10

Мітральна недостатність

МКХ-10: 105.1 – ревматична

I 34.0 – неревматична (з уточненням етіології, у тому числі дегенеративна).

Класифікація неревматичної мітральної недостатності за етіологією

- вроджена;
- набута;
- неішемічна;
- ішемічна.

Причини набутої неревматичної мітральної недостатності

- Міксоматозна дегенерація.
- Синдром Марфана, синдром Елерс-Данлоса.
- Інфекційний ендокардит.
- Системне захворювання сполучної тканини: ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, склеродермія та ін.
- Дегенеративний кальциноз мітрального кільця.
- Розрив хорд (спонтанний або вторинний при інфаркті міокарду, травмуванні, ендокардиті).
- Розрив або дисфункція папілярних м'язів (ішемія або інфаркт міокарду).
- Дилатація мітрального кільця (при дилатації лівого шлуночка).
- Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- Паравальвулярна фістула.
- Амілоїдоз серця.
- Інші набуті зміни будови та рухомості стулок (деформації, дефекти стулок), хорд, папілярних м'язів.

Оцінка ступеня мітральної недостатності за клініко-ехокардіографічними даними	
Ступінь	Характеристика
1 легкий	Незначний систолічний шум, збільшення лівого передсердя до 50 мм; максимальна площа регургітуючого потоку менш 20% площі лівого передсердя
2 помірний	Систолічний шум помірної інтенсивності, III тон, дилатація лівого передсердя та шлуночка виражені; максимальна площа регургітуючого потоку 21-40% площі лівого передсердя.

3 тяжкий	Інтенсивний пансистолічний шум, расщеплення II тону, підсилений III тон, виражена дилатація лівих відділів серця; максимальна площа регургітуючого потоку більше 40% площі лівого передсердя.
---------------------	---

Оцінка ступеня тяжкості митральної регургітації за даними ЕхоКГ				
Показник	Ступінь тяжкості мітральної регургітації			
	1 легкий	2 помірний	3 виражений	4 тяжкий
Глибина розповсюдження потоку регургітації у ліве передсердя	0-15	16-30	31-45	>45
Фракція регургітації, %	<15	15-30	35-50	>50
Спадання нижньої порожнистої вени, мм	<3	-	-	>6
Кровоток у легеневих венах	S>D	-	-	Систолічний реверсивний
Регургітуючий об'єм, мл	<30	30-44	45-59	>60
Площа ефективної регургітації, см ²	<0,2	0,2-0,29	0,3-0,39	>0,4
Радіус PISA, мм	<3,5	3,5-7,5	7,5-14,5	>14,5

МКХ-10:І 05.2 –

комбінована ревматична мітральна вада:

- з переваженням стенозу;
- з переваженням недостатності;
- без явної переваги.

Аортальний стеноз

Виділяють три основні форми аортального стенозу:

- клапанну
- підклапанну
- надклапанну.

МКХ-10 - аортальний стеноз:

- **І 06.0** – ревматичний
- **І 35.0** – неревматичний(в тому числі дегенеративний)

Дегенеративний кальциноз вважається:

- *мінімальним* – при наявності одиничних вогнищ відкладень солей кальцію у тілі стулок, товщі комісур або ізолюваному ураженні фіброзного кільця;
- *помірним* – при визначенні декількох кальцинатів у тілі стулок (без обмеження їх рухомості) та поразені фіброзного кільця;
- *вираженим* – при глибокому обвивпнянню стулок з переходом ураження на структури лівого шлуночка та аорту та з звуженням клапанного отвору.

Оцінка аортального стенозу за клініко-ехокардіографічними даними	
Ступені тяжкості	Характеристика
1 легкий	Відсутність суб'єктивних клінічних симптомів, незначна гіпертрофія та дилатація лівого шлуночка

2 помірний	Відсутність клінічних симптомів, виражена гіпертрофія та дилатація лівого шлуночка
3 тяжкий	Наявність суб'єктивних клінічних симптомів, виражена гіпертрофія та дилатація лівого шлуночка

Визначення тяжкості аортального стенозу за ехокардіографічними даними			
Ступінь тяжкості аортального стенозу	Площа аортального отвору, см ²	Середній транс-ортальний градієнт тиску, мм рт.ст	Швидкість потоку крізь аортальний клапан, м/с
Легкий	> 1,5	< 25	< 3
Помірний	1-1,5	25 -40	3 - 4
Тяжкий (критичний)	< 1	> 40	> 4

Аортальна недостатність

МКХ-10: I 06.1 – аортальна недостатність ревматична;
I 35.0 – неревматична.

Причини аортальної недостатності:

Дисфункція клапана: вроджений 2-стулковий клапан, ревматизм, ІЕ, кальцинуюча хвороба клапанів серця, міксоматозна дегенерація АК, синдром Марфана, СЧВ, РА, травма.

Патологія кореня аорти: ідіопатична дилатація кореня аорти, АГ, синдром Марфана, РАА, сифілітичний аортит, анкілозуючий спондиліт, синдром Рейтера, травма.

Комбінована аортальна вада – МКХ-10:

- I 06.2 – ревматична
- I 35.2 – неревматична (з уточненням етіології): з переваженням стенозу, з переваженням недостатності, без явної переваги.

Поєднані вади серця – МКХ-10:

- I 08.0 – мітрально-аортальна.
- I 08.1 – мітрально-трикуспідальна.
- I 08.2 – аортально-трикуспідальна.
- I 08.3 – мітрально-аортально-трикуспідальна.

Визначення тяжкості аортальної недостатності за клініко – ехокардіографічними даними	
Ступінь тяжкості	Характеристика
1 легкий	Невеликий протодіастолічний шум; незначна дилатація лівого шлуночка
2 помірний	Інтенсивний діастолічний шум, послаблення II тону на основі серця; значні периферичні судинні ознаки; розміри лівого шлуночка збільшенні (КСД до 55 мм, КДД до 70 мм)
3 тяжкий	Діастолічний шум визначається над усіма точками вислуховування; відсутність (або різке послаблення) II тону; різка виразність судинних периферичних ознак; значне збільшення розмірів лівого шлуночка (КСД > 55 мм, КДД > 70 мм)

Пролапс мітрального клапана МКХ-10: I 34.1	
Оцінка ступеню тяжкості пролапсу мітрального клапану	
Ступінь тяжкості пролапсу мітрального клапану	Характеристика
1	Провисання стулки > 3 мм, але < 6 мм
2	Провисання стулки > 6 мм, але < 9 мм
3	Провисання стулки > 9 мм.

Визначення тяжкості аортальної недостатності за ехокардіографічними даними				
Показник	Ступінь тяжкості аортальної регургітації			
	1 легкий	2 помірний	3 виражений	4 тяжкий
Глибина розповсюдження потоку регургітації у лівий шлуночок	Реєструється зразу під стулками аортального клапану	Розповсюджується до рівня країв стулок мітрального клапану	Спускається нижче країв стулок мітрального клапану до кінчиків папілярних м'язів	Доходить до верхівки відділу лівого шлуночка
Фракція регургітації, % від потоку у вихідному тракці лівого шлуночка	< 25	25-46	47-64	> 65
Площа струї регургіції/кровоток у вихідному тракці лівого шлуночка (за короткою віссю)	< 5	5-24	25-59	> 60
Реверсний потік у низхідній аорті	Немає	Немає	-	Так
Час напіспаду градієнту тиску, мс	>400	-	-	< 250
Прикриття передньої мітральної стулки	Немає	-	-	Так

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хронічна ревматична хвороба серця, неактивна фаза, комбінована мітральна вада серця, з переважанням стенозу III стадії, СН II А, зі збереженою ФВ, NYHA II ФК.

2. Хронічна ревматична хвороба серця, неактивна фаза, поєднана вада серця: мітрально-аортальна вада з перевагою недостатності мітрального клапану III, аортального стенозу II, СН II Б, систолічна дисфункція ЛШ, NYHA III ФК.

3. Хронічна ревматична хвороба серця, неактивна фаза, комбінована мітральна вада з перевагою вираженого стенозу, постійна форма фібриляції передсердь та хісistolічний варіант, СН IIБ стадії з систолічною дисфункцією ЛШ, NYHA III ФК.

4. Хронічна ревматична хвороба серця, неактивна фаза, поєднана вада мітрального та аортального клапанів (виражений аортальний стеноз, помірна мітральна недостатність), надшлуночкова екстрасистолічна аритмія, СН II А стадії зі збереженою ФВЛШ, NYHA III ФК.

5. Кальцинуюча хвороба клапанів серця: дегенеративний аортальний стеноз помірного ступеня, СН II А зі збереженою фракцією викиду ЛШ, NYHA II ФК.

6. Вроджена вада серця: дефект міжшлуночкової перегородки в мембранозній частині серця. СН I ст., NYHA II ФК.

7. Вроджена вада серця: відкрита артеріальна протока у фазі синдрому Ейзенменгера, легенева гіпертензія III ст., відносна недостатність тристулкового клапана. СН II Б стадії із збереженою систолічною функцією ЛШ, NYHA III ФК.

8. Міксемотозна дегенерація мітрального клапана, ПМК II ст. з незначною МР, СН 0 ст.

**УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ
МЕДИЧНА ДОПОМОГА**
наказ МОЗ України N 436 від 03.07.2006

Всі хворі з вадами серця підлягають направленню на хірургічне лікування у спеціалізовані кардіохірургічні заклади.

Амбулаторне лікування:

– у випадках неможливості або перенесеному хірургічному лікуванню обстеження та лікування, а при необхідності – додаткові обстеження в кардіологічному диспансері та діагностичному центрі.

Стационарне лікування:

– при прогресуванні СН.

ГОСТРА ЛЕГЕНЕВА ЕМБОЛІЯ

Рекомендації ESC 2014, Рекомендації АКУ, Асоціації з невідкладної кардіології, Асоціації судинних хірургів, кардіохірургів, Асоціації пульмонологів, 2016

Важкість ЛЕ визначається ризиком смертності, а не анатомічним розташуванням емболів в ЛА, тому замість понять «масивна», «субмасивна» та «немасивна» ЛЕ використовуються ступені ризику летального кінця протягом 30 діб. Оцінка ризику базується на наявності факторів ризику, які класифіковані на три групи.

МКХ-10: I 26.9.

**Клінічна класифікація тяжкості
тромбоемболії легеневої артерії:**

Клінічна класифікація тяжкості епізоду гострої ТЕЛА складена на базі оцінки ризику ранньої смертності, пов'язаної з ТЕЛА, що визначається як госпітальна смертність або смертність впродовж 30 днів. Представлена стра-

тифікація, що має важливе значення як для діагностичних, так і для терапевтичних стратегій, запропонованих в цих настановах, виходить з даних клінічного стану пацієнта на момент оцінки, при цьому ТЕЛА високого ступеню ризику підозрюється чи підтверджується за наявності шоку чи стійкої артеріальної гіпотензії, а ТЕЛА невисокого ступеню ризику – за відсутності згаданих факторів.

Основні фактори ризику для стратифікації ризику при гострій емболії легеневої артерії:

Клінічні фактори:

- шок;
- гіпотензія (систолічний АТ < 90 мм рт.ст. або різке зниження АТ більш ніж на 40 мм та більше протягом 15 хв. яке не пов'язане з аритмією, гіповолемією або сепсисом).

Маркери дисфункції ППШ:

- дилатація ППШ, гіпокінезія або підвищення тиску у ППШ при Ехо-КГ;
- дилатація ППШ при спіральній КТ;
- підвищення BNR або NT-proBNR в крові;
- підвищення тиску у правих відділах при їх катерізації.

Маркери ушкодження міокарда:

- позитвний серцевий тропонінТ.

Примітка:

«+» – дійсний діагностичний критерій (не потребує додаткового обстеження);

«-» – недійсний критерій (обов'язково необхідне проведення додаткових обстежень);

«±» – сумнівний критерій (може розглядатись додаткове обстеження).
а Результати сцинтиграфії легень з низькою чи середньою ввірогідністю захворювання за класифікацією RIOPED. КТ – комп'ютерна томографія, КУГС – проксимальна ультрасонографія вен нижніх кінцівок, ТГВ – тромбоз глибоких вен, ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії, RIOPED ± проспективне дослідження методів діагностики тромбоемболії легеневої артерії, ВПС – вентиляційно-перфузійна сцинтиграфія.

Стратифікація ризику у хворих на ЛЕ						
Діагностичний критерій	Клінічна вірогідність ТЕЛА					
	Низька	Середня	Висока	Мало-ймовірна	Ймо-вірна	
Включення діагнозу ТЕЛА						
D-димер тест						
Негативний результат, високочутлива технологія	+	+	-	+	-	
Негативний результат, помірно чутлива технологія	+	±	-	+	-	
КТ-ангіографія грудної клітини						
Нормальний результат тільки мультidetекторної КТ	+	+	±	+	±	
ВПС						
Нормальний результат перфузійної сцинтиграфії легень	+	+	+	+	+	
Недіагностичний результат сцинтиграфії легень та негативний проксимальний показник КУСГ	+	±	-	+	-	
Підтвердження діагнозу ТЕЛА						
КТ-ангіографія грудної клітини показує ТЕЛА принаймні на сегментарному рівні	+	+	+	+	+	
Висока вірогідність за даними ВПС	+	+	+	+	+	
Проксимальний ТГВ, діагностований під час КУТГ	+	+	+	+	+	

Оригінальна та спрощена версія PESI		
Параметр	Оригінальна версія	Спрощена версія
Вік	Вік у роках	1 бал (якщо вік > 80 р.)
Чоловіча стать	+10 балів	–
Рак	+30 балів	1 бал
Хронічна серцева недостатність	+10 балів	1 бал
Хронічне захворювання легень	+10 балів	1 бал
Частота пульсу ≥ 110 уд/хв	+20 балів	1 бал
Систолічний тиск крові < 100 мм рт.ст.,	+30 балів	1 бал
Частота дихання > 30 за хв.	+20 балів	–
Температура < 36°	+20 балів	–
Зміна психічного стану	+60 балів	–
Насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем < 90	+20 балів	1 бал

Рівні ризику^a	
Клас I: ≤ 65 балів дуже низький ризик смертності впродовж 30 днів (0-1,6%)	0 балів = 30-денний ризик смертності 1% (95 ДІ 0,0-2,1%)
Клас II: 66-85 балів низький ризик смертності (1,7-3,5%)	
Клас III: 86-105 балів помірний ризик смертності (3,2-7,1%)	≥ 1 балу = 30-денний ризик смертності 10,9% (95 ДІ 8,5-13,2%)

Клас IV: 106-125 балів високий ризик смертності (4,0-11,4%)	
Клас V: > 125 балів дуже високий ризик смертності (10,0-24,5%)	

^a – виходячи з суми балів.

Класифікація пацієнтів з гострою ТЕЛА, виходячи з ризику ранньої смертності				
Ризик ранньої смертності	Параметри ризику та шкали			
	Шок або гіпотнзія	PESI клас III-V або sPESI>1 ^a	Ознаки дисфункції ПШ заданими візуалізаційних обстежень ^b	Серцеві лабораторні біомаркери ^c
Високий	+	(+) ^d	+	(+) ^e
Середній	Середньо-високий	–	+	Обидва позитивні
	Середньо-низький	–	+	Один (або жоден не) позитивний
Низький	–	–	Оцінка не обов'язкова, якщо проводиться, обидва показники негативні	

Примітка:

ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії, PESI – індекс тяжкості тромбоемболії легеневої артерії, ПШ – правий шлуночок, sPESI – спрощений індекс тяжкості тромбоемболії легеневої артерії,

^aPESI III-V класів вказує на те, що ризик 30-денної смертності знаходиться в діапазоні від помірнього до дуже високого, sPESI ≥ 1 балу вказує на високий ризик 30-денної смертності.

^b ехокардіографічні критерії дисфункції ПШ включають розширення ПШ та/або збільшення кінцево-діастолічного діаметру в порівнянні з діаметром лівого шлуночка (в більшості досліджень максимальне значення становило 0,9 або 1,0); гіпокінезію вільної стінки ПШ; збільшення швидкості потоку трикуспідальної регургітації або комбінацію згаданих параметрів. При проведенні КТ ангіографії (чотирикамерний зріз серця) дисфункції ПШ визначається як збільшення кінцево-діастолічного діаметру ПШ в порівнянні з діаметром ЛШ з межевим значенням 0,9 або 1,0).

^c маркери ураження міокарду (якщо підвищений рівень серцевого тропоніну I чи T в плазмі) або серцева недостатність внаслідок дисфункції правого шлуночка (підвищення концентрації натрійуретичного пептиду в плазмі).

^d у пацієнтів з гіпотензією чи шоком вважається напівпотрібним проведення ані розрахунку за шкалою PESI (або sPESI), ані лабораторних аналізів.

^e пацієнти, що мають клас I-III за PESI або 0 за sPESI та підвищений рівень серцевих біомаркерів або ознаки дисфункції ПШ за даними візуалізаційних обстежень, повинні також бути віднесені до категорії хворих з середньо-низьким ступенем ризику. Це може застосовуватися в ситуаціях, коли результати візуалізаційних

обстежень чи аналізів на біомаркери отримуються до розрахунку індексу клінічної тяжкості.

За перебігом ЛЕ: миттєва (розвиток симптомів упродовж 1-5 хв.), гостра (розвиток симптомів упродовж 1 год), підгостра (розвиток симптомів упродовж кількох діб), рецидивуюча (у разі рецидивів основних симптомів ЛЕ).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Стан після аденомектомії передміхурової залози, підгостра ТЕЛА, проміжний ризик СНІА, НУНА III ФК.

2. ІХС: Q інфаркт міокарда передньо-перетинковий (31.12. 15), гостра ТЕЛА високого ризику, кардіогенний шок (дата).

3. Тромбофлебіт глибоких вен правої нижньої кінцівки, рецидивуюча ТЕЛА (дати), проміжного ризику, інфаркт-пневмонія в нижній частці лівої легені, СН I ст., НУНА II ФК.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ГРИП ТА ГРВІ

Грип – гостра вірусна респіраторна інфекція з повітряно-крапельним механізмом передачі, загальною інтоксикацією та ураженням респіраторного тракту – від верхніх дихальних шляхів до пневмонії.

МКХ-10:

J 00 – гострий назофарингіт.

J 01 – гострий синусит.

J 02 – гострий фарингіт.

J 04.0 – гострий ларингіт.

J 04.1 – гострий трахеїт.

J 06 – гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної та неуточненої локалізації.

J 10 – грип, викликаний ідентифікованим вірусом грипу.

J 10.1.0 – грип із пневмонією, вірус грипу ідентифікований.

J 10.1- грип з іншими респіраторними проявами, вірус грипу ідентифікований.

J 11 – грип, вірус неідефікований.

J 11.0 – грип з пневмонією, вірус неідефікований.

J 11.1 – грип з іншими респіраторними проявами.

J 20.9 – гострий бронхіт неуточнений.

J 21.9 – гострий бронхіоліт неуточнений.

J 22 – гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Грип А (H1N1), тяжкий перебіг, неускладнений.
2. Грип, середнього ступеня тяжкості, неускладнений.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Наказ МОЗ України № 499 від 16.07.2014

Догоспітальний етап: рання діагностика та своєчасне призначення етіотропного лікування зменшують ризик розвитку ускладнень та зменшують кількість госпіталізацій.

Показання до госпіталізації:

- Тяжкий стан пацієнта.
- Частота дихання $> 30/\text{хв.}$
- Частота серцевих скорочень $> 130/\text{хв.}$
- САТ $< 90\text{мм рт.ст.}$, або ДАТ $< 60\text{ мм рт.ст.}$
- Сатурація кисню $< 92\%$ або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі).
- Змінений стан свідомості.
- Дихальна недостатність $> \text{II ст.}$
- Температура тіла $> 38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ і не піддається медикаментозній корекції.
- Вік старше 65 років.
- Соціальні показання (проживання в інституційних закладах, нездатність до самообслуговування внаслідок захворювання).

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

ГРВІ – група вірусних інфекцій, найчастіше збудниками якої є аденовіруси, риновіруси, парагрип, респіраторно-інтерстиціальний вірус, характеризується ураженням слизових оболонок дихальних шляхів та кон'юнктиви.

Код МКХ-10:

J 00-J 06 – гострі респіраторні вірусні інфекції дихальних шляхів.

J 20-J 22 – інші гострі респіраторні інфекції дихальних шляхів.

Класифікація ГРВІ та ГРЗ

1. За етіологією: парагрип, аденовірусна, риновірусна та ін.
2. За тяжкістю перебігу: легкий, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий.
3. За анатомічною локалізацією: риніт, ларингіт, фарингіт, трахеїт, бронхіт та їх поєднання.
4. За наявністю ускладнень: неускладнені та ускладнені (ангіна, синусит, отит, пневмонія, ГДН, хибний круп, судомний синдром, гіпертермічний та ін.).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ГРВІ, ринофарингіт, середньотяжкий перебіг.
2. ГРВІ, гострий трахеобронхіт, середньотяжкий перебіг.
3. ГРВІ, гострий трахеїт, тяжкий перебіг.

ПНЕВМОНІЯ

Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007

Пневмонія – гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

МКХ10

J 12 Вірусна пневмонія, не класифікована в інших рубриках

J13 Пневмонія, викликана *Streptococcus pneumoniae*

J14 Пневмонія, викликана *Haemophilus influenzae*

J 15 Бактеріальна пневмонія, не класифікована в других рубриках

J 15.0 Пневмонія, викликана *Klebsiella pneumoniae*

J 15.1 Пневмонія, викликана *Pseudomonas* (синьогнійною паличкою)

J 15.2 Пневмонія, викликана стафілококом

J 15.3 Пневмонія, викликана стрептококом групи В

J 15.4 Пневмонія, викликана іншими стрептококками

J 15.5 Пневмонія, викликана *Escherichia coli*

J 15.6 Пневмонія, викликана іншими аеробними грам-негативними бактеріями

J 15.7 Пневмонія, викликана *Mycoplasma pneumonia*

J 15.8 Інші бактеріальні пневмонії

J 15.9 Бактеріальна пневмонія неуточнена

J 16 Пневмонія, викликана іншими інфекційними агентами, не класифікована в інших рубриках

J 18 Пневмонія без уточнення збудника

Класифікація

- негоспітальна (позалікарняна, розповсюджена, амбулаторна) – пневмонія, що виникла поза лікувальним закладом;
- нозокоміальна (госпітальна) – пневмонія, що виникла через 48 год і пізніше після госпіталізації хворого до стаціонару за відсутності будь-якого інфекційного захворювання в інкубаційний період на час госпіталізації хворого;
- аспіраційна;
- пневмонія в осіб з тяжкими порушеннями імунітету (природжений імунodefіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна імуносупресія).

Негоспітальна пневмонія – гостре інфекційне захворювання, що виникло в позалікарняних умовах або не раніше 4 тижнів після виписки із стаціонару, або діагностовано у перші 48 годин перебування у стаціонарі та розвивається у пацієнтів, які не перебувають у будинках тривалого медичного спостереження більше 14 діб і супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів(лихоманка, кашель, виділення мокротиння, біль у грудях та задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи.

За відсутності або неможливості отримання рентгенологічного підтвердження наявності вогнищевої інфільтрації в легенях діагноз НП є **неточним/невизначеним**.

Оцінка тяжкості перебігу пневмонії та вибір місця лікування хворого

Пневмонія з тяжким перебігом – це особлива форма захворювання різної етіології, яка проявляється тяжким

інтоксикаційним синдромом, гемодинамічними змінами, вираженою дихальною недостатністю та/або ознаками тяжкого сепсису або септичного шоку, характеризується несприятливим прогнозом та потребує проведення інтенсивної терапії.

Критерії тяжкого перебігу НП:

«малі» критерії тяжкого перебігу пневмонії

- частота дихання 30 за 1 хв. та більше;
- порушення свідомості;
- артеріальна гіпотензія (систолічний артеріальний тиск нижче 90 мм рт.ст.)
- гіпоксемія (SpO_2 менше 90% або PaO_2 нижче 60 мм рт.ст.).
- двобічне або багаточасткове ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт (за даними рентгенологічного обстеження);

«великі» критерії тяжкого перебігу пневмонії

- потреба в проведенні штучної вентиляції легень;
- швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін в легенях – збільшення розмірів інфільтрації більше ніж на 50% протягом найближчих 2 діб;
- септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом більше 4 годин;
- гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше 80 мл за 4 год або рівень креатиніну в сироватці крові вище 0,18 ммоль/л або концентрація азоту сечовини вище 7 ммоль/л за відсутності хронічної ниркової недостатності).

Про тяжкий перебіг пневмонії свідчить наявність у хворих не менше двох "малих" або одного "великого" критерію, кожен з яких достовірно підвищує ризик розвитку летального кінця. У таких випадках рекомендується невідкладна госпіталізація хворих у ВРІТ.

Групи хворих на негоспітальну пневмонію

До **I групи** відносять хворих на НП з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, без супутньої патології та інших "модифікуючих" факторів.

До **II групи** відносять хворих на НП з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, з наявністю супутньої патології (хронічні обструктивні захворювання легень, ниркова та серцева недостатність, цереброваскулярні захворювання, пухлини, цукровий діабет, хронічні захворювання печінки різної етіології, психічні розлади, хронічний алкоголізм) та/або інших "модифікуючих" факторів. Однак, у близько 20% хворих цієї групи можливе виникнення потреби в госпіталізації через **неефективність амбулаторного лікування та/або загострення/декомпенсації супутніх захворювань**.

До **III групи** відносять хворих на НП з середньотяжким перебігом, які потребують госпіталізації у терапевтичне відділення за медичними (наявність несприятливих прогностичних факторів) або соціальними показаннями.

До **IV групи** відносять хворих на НП з тяжким перебігом, які потребують госпіталізації у ВРІТ.

Шкала оцінки факторів ризику летального кінця у хворих на НП (PORT)	
Ознаки	Кількість балів
Демографічні фактори	
Вік:	
Чоловіки	= вік (роки)
Жінки	= вік-10
Перебування в будинках нагляду	+ 10

Супутні захворювання	
Пухлини	+ 30
Захворювання печінки	+ 20
Серцева недостатність (стадія декомпенсації)	+ 10
Захворювання судин мозку	+ 10
Захворювання нирок	+ 10
Симптоми	
Порушення свідомості	+ 20
Тахіпное > 30 за хв	+ 20
Систолічний артеріальний тиск < 90 мм рт. ст.	+ 20
Гіпотермія (< 35°C) чи гіпертермія (>40°C)	+ 15
Тахікардія > 125 за хв	+ 10
Плевральний випіт	+ 10
Лабораторні ознаки	
pH крові < 7,35	+ 30
Азот сечовини крові > 10,5 ммоль/л	+ 20
Na ⁺ крові 130 мЕкв/л	+ 20
Глюкоза крові > 13,9 ммоль/л	+ 10
Гематокрит < 30%	+ 10
PaO ₂ < 60 мм рт. ст., SaO ₂ < 90%	+ 10

Класи ризику летальності у хворих на НП (PORT)			
Клас ризику	Сума балів	Летальність, %	Лікування
I	0	0,1	Амбулаторне
II	< 70	0,6	Амбулаторне
III	71-90	2,8	Амбулаторне (стаціонарне)
IV	91-130	8,0	Стаціонарне
V	> 130	29,2	Стаціонарне

Шкала оцінки ризику несприятливого наслідку та вибору місця лікування при НП (Шкала CRB-65 зі змінами)		
Симптоми	Бали «Так»	Бали «Ні»
Порушення свідомості (Confusion)	1	0
Частота дихання > 30 хв. (Respiratory rate)	1	0
Систолічний АТ – 90 мм рт.ст., або діастолічний АТ – 60 мм рт.ст. (Blood pressure)	1	0
Вік > 65 років (65)	1	0

Оцінка – сума балів.		
0 балів	Легкий перебіг (летальність 1.2%)	Амбулаторне лікування
1-2 бали	Перебіг середньої важкості (леталь- ність 8,15%)	Госпіталізація у терапевтичне відді- лення
3-4 бали	Тяжкий перебіг (летальність 31%) Госпіталізація у відділення реанімації та інтенсивної терапії	

Значення шкал для вирішення прогнозу та місця лікування хворого очевидно, але для вибору місця лікування орієнтуватися тільки на них небезпечно. Так, причинами госпіталізації хворих на НП з низьким ризиком летального кінця можуть бути: ускладнення пневмонії, загострення/декомпенсація супутніх захворювань, неможливість прийому препаратів внутрішньо або необхідність догляду за хворим.

ГОСПІТАЛЬНА, АБО НОЗОКОМІАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ

Класифікація

Госпітальна (ГП), або нозокоміальна пневмонія – це інфекційне ураження легень, що виникає і розвивається під час перебування хворого в стаціонарі з приводу іншого захворювання через 48 і більше годин після госпіталізації або протягом 48 годин після виписки з стаціонару.

Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) – особливий тип ГП, що розвивається через 48 і більше годин після проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) і є частим ускладненням цього виду терапії.

Є чітка залежність між тривалістю проведення ШВЛ і розвитком ВАП.

Класифікаційна диференціація ГП і ВАП має клінічне значення, тому що захворювання з різним патогенезом, етіологією, патоморфологією та прогнозом.

Важкість ГП визначається з урахуванням наявності або відсутності і одного з наступних критеріїв:

- застосування інтенсивної терапії;
- дихальна недостатність, що визначається як необхідність у проведенні механічної вентиляції або оксигенотерапії;
- швидке рентгенологічне прогресування, мультилобарна пневмонія або утворення порожнин у легневих інфільтратах;
- важкий сепсис із гіпотензією і/або важка органна дисфункція.

Ранній (до 5 днів від початку госпіталізації) і пізній (після 5 днів від початку госпіталізації) розвиток ГП або ВАП є також важливим визначальним фактором у етіології внутрішньогоспітальної пневмонії, а отже і стратегії антибіотикотерапії.

З урахуванням ступеню важкості, факторів ризику і періоду госпіталізації виділяються наступні групи хворих із ГП для проведення емпіричної терапії:

Критерієм класифікації ГП є термін розвитку захворювання, наявність чи відсутність факторів ризику її розвитку:

Рання ГП – виникає протягом перших 5 днів з моменту госпіталізації і зумовлена збудниками, які були у хворого ще до знаходження до стаціонару (*S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *S. Aureas*). Найчастіше ці збудники чутливі до антимікробних препаратів, що традиційно використовуються.

Пізня ГП – розвивається не раніше 6 дня госпіталізації і спричинена власне госпітальною флорою з більш високим ризиком наявності високовірулентних і полірезистентних збудників, таких як *P.aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *MRSA*, *Enterobacteriaceae*.

Аспіраційні пневмонії (можуть бути як внутрішньогоспітальні, так і негоспітальні) пов'язані з аеробними і анаеробними сапрофітними мікроорганізмами, а також їх комбінацією з іншими аеробними мікроорганізмами (*Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* та грамнегативні ентеробактерії). Ці мікроорганізми викликають, як правило, важкий перебіг пневмонії з рано виникаючою деструкцією легеневої тканини (абсцес, гангрена).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Негоспітальна пневмонія в нижній частці правої легені (D 9), I група, II клас ризику (PORT 30 балів. (Амбулаторне лікування).

2. Негоспітальна пневмонія у нижній частці правої леге-

ні II група, II клас ризику (PORT 60 балів). Цукровий діабет тип 2, середньої важкості, у стані компенсації. (Госпіталізація у зв'язку з неефективністю амбулаторного лікування).

3. Негоспітальна пневмонія нижньої частки лівої легені (S 8, 9), II група, III клас ризику. (PORT 84 бали) IXC: стенокардія III ФК, постінфарктний кардіосклероз (2004), СН II А, II ФК. (Госпіталізація у зв'язку з загостренням супутнього захворювання).

4. Негоспітальна пневмонія нижньої частки правої легені, III група, II клас ризику, правобічний ексудативний плеврит. (PORT 47 балів)

5. Негоспітальна пневмонія в нижній частці правої легені (D 9, 10), IV група, тяжкий перебіг (CRB-65 – 3 бали)

6. Негоспітальна пневмонія в нижній частці правої легені, III група, III клас ризику. ХОЗЛ група В (GOLD I) інфекційне загострення, ЛН I ст. (Госпіталізація за соціальними показаннями.)

7. Негоспітальна пневмонія в середній та верхній частках правої легені, тяжкий перебіг, ускладнений розвитком гострого абсцесу середньої частки правої легені, IV група хворих, IV клас ризику.

8. Негоспітальна пневмонія нижньої частки правої легені (D 9, 10), IV група, V клас ризику. Інфекційно-токсичний шок.

9. Негоспітальна аспіраційна пневмонія в нижній частці правої легені з абсцедуванням, IV група, IV клас ризику, ГДН.

10. Нозокоміальна пневмонія в нижній частці правої легені, рання, нетяжкий перебіг. IXC: Q-інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка (дата), гостра серцева недостатність (дата) (Killip II).

11. Госпітальна пневмонія в нижній частці зліва, пізня, тяжкий перебіг. Гострий панкреатит, панкреонекроз з абсцесом. Дренування черевної порожнини.

12. Нозокоміальна пневмонія в нижніх частках обох

легень, пізня, тяжкий перебіг, ускладнений гангреною нижньої частки правої легені, інфекційно-токсичним шоком II ст. Штучна вентиляція легень (11.10.09-15.10.12). Гостра дихальна недостатність.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007

Амбулаторне лікування:

- хворі на негоспітальну пневмонію 1 групи;
- хворі на негоспітальну пневмонію 2 групи.

Стаціонарне лікування:

терапевтичне відділення:

- хворі на негоспітальну пневмонію 3 групи;
- хворі на негоспітальну пневмонію 2 групи – за соціальними показаннями або за неефективності амбулаторного лікування;

пульмонологічне відділення:

- хворі на негоспітальну пневмонію 3 групи з несприятливими прогностичними факторами;

відділення реанімації та інтенсивної терапії:

- хворі на негоспітальну пневмонію з тяжким перебігом, 4 групи.

ЗАХВОРЮВАННЯ ПЛЕВРИ

Плеврит – запальне ураження плеври з утворенням на її поверхні фібрину або накопиченням у плевральній порожнині ексудату інфекційного чи асептичного характеру.

Код МКХ-10:

J 15.6 – туберкульозний плеврит.

J 90 – плевральний випіт в разі захворювань, класифікованих в інших рубриках.

У 94.8 – ураження плеври не уточнені.

Плевральний випіт

Трансудативні ПВ: застійна СН, цироз печінки, нефротичний синдром, гломерулонефрит, перитоніальний діаліз, ТЕЛА, мікседема, саркоїдоз.

Ексудативні ПВ:

- новоутворення (метастази, мезотеліома);
- інфекційні захворювання (бактеріальні інфекції, туберкульоз, грибові інфекції, паразитарні інфекції, вірусні інфекції);
- ТЕЛА;
- захворювання ШКТ (панкреатит, піддіафрагмальний абсцес, внутрішньопечінковий абсцес, перфорація стравоходу, кила діафрагми);
- ДЗСТ* (ревматизм, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, синдром Шегрена, гранульоматоз Вегенера);
- побічна дія лікарських препаратів;
- синдром Дресслера;
- уремія;
- травма грудної клітини.

*Примітка. * ДЗСТ – дифузні захворювання сполучної тканини.*

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Негоспітальна пневмонія середньої частки правої легене, тяжкий перебіг, IV група, інфекційно-токсичний шок, парапневмонічний ексудативний правобічний плеврит.

2. Центральний рак нижньочасткового бронха справа IV ст., IV клінічна група. Метастази у лімфатичні вузли середостіння, печінку. Правобічний ексудативний плеврит. ЛН II ст.

3. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (20.01.2010), СН II Б з систолічною дисфункцією, IV ФК. Правобічний гідроторакс.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Наказ МОЗ України № 555 27.06 2013

Код за МКХ-10:

J 44 – ХОЗЛ.

J 44.0 – ХОЗЛ з гострою респіраторною інфекцією нижніх дихальних шляхів.

J 44.1 – ХОЗЛ з загостренням не уточнена.

J 44.8 – інше уточнене ХОЗЛ.

J 44.9 – ХОЗЛ не уточнене.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати, що характеризується стійким, зазвичай прогресуючим, обмеженням прохідності дихальних шляхів, та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів та легень на дію шкідливих часток та газів. Тяжкість перебігу захворювання в окремих пацієнтах обумовлена його рецидивом та наявністю супутніх захворювань.

Сучасна класифікація ХОЗЛ

Наказ МОЗ України № 555 27.06 2013

Для оцінки впливу пошкодження ХОЗЛ на окремого хворого, що проявляється у розвитку загострень в майбутньому, госпіталізацій, смерті внаслідок ХОЗЛ проводиться комплексна оцінка із урахуванням симптомів, класифікації по спірометрії та/або з урахуванням ризику загострень.

Для оцінки симптомів пропонуються шкала задишки mMRC або оцінка симптомів за результатом Тесту контролю за ХОЗЛ (САТ), рівень задишки за шкалою mMRC ≥ 2 або результат Тесту контролю за ХОЗЛ ≥ 10 вказують

на високий рівень симптомів (перевага надається Тесту контролю за ХОЗЛ, тому що він більш повно відображає вплив симптомів захворювання, шкала задишки оцінює лише один симптом – задишку. Можна застосовувати якийсь один тест, не обов’язково обидва).

Загострення ХОЗЛ сприяють стрімкому прогресуванню захворювання, значно погіршують прогноз, погіршують якість життя хворих, спричиняють смерть. Пропонується два метода оцінки ризику загострень в майбутньому. Один – заснований на спірометричній класифікації, ступінь тяжкості бронхообструкції: 3 та 4 ступінь – тяжкий та дуже тяжкий ступінь бронхообструкції ($ОФВ_1 < 50\%$ від повинних) вказують на високий ризик. Інший підхід заснований на анамнезі загострень протягом останнього року: 2 та більше загострень вказують на високий ризик.

Модифікована Шкала задишки Модифікована шкала Медичної Дослідницької Комісії (mMRC) для оцінки тяжкості задишки		
mMRC, ступінь 0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні	
mMRC, ступінь 1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ході вгору	
mMRC, ступінь 2	Через задишку я ходжу по рівній місцевості повільніше, ніж люди того ж віку, або у мене зупиняється дихання, коли я йду по рівній місцевості в звичному для мене темпі	
mMRC, ступінь 3	Я задихаюся після того, як пройду приблизно 100м, або після декількох хвилин ходьби по рівній місцевості	
mMRC, ступінь 4	У мене занадто сильна задишка, щоб виходити з дому, або я задихаюся, коли одягаюся або роздягаюся	

Тест з оцінки ХОЗЛ (САТ)

Тест оцінки ХОЗЛ (САТ) являє собою опитувальник з 8 пунктів, що дозволяє сформувавши числовий показник, що характеризує погіршення стану здоров'я пацієнта з ХОЗЛ. САТ був розроблений для використання у всьому світі, для чого були виконані і представлені для загального доступу вивірені переклади на безліч мов. Кількість балів при виконанні тесту знаходиться в діапазоні від 0 до 40; показник дуже добре корелює з результатами оцінки якості життя по респіраторному запитальнику клініки святого Георгія, заслуговує довіри і є чутливим.

Тест оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))		
Я ніколи не кашляю	0 1 2 3 4 5	Я постійно кашляю
У мене в легенях зовсім немає мокрот (слизу)	0 1 2 3 4 5	Мої легені наповнені харкотинням (слизом)
У мене зовсім немає відчуття здавлення в грудній клітці	0 1 2 3 4 5	У мене дуже сильне відчуття стис-кання в грудній клітці
Коли я йду в гору або піднімаюся вгору на один сходовий проліт, у мене немає задишки	0 1 2 3 4 5	Коли я йду в гору або піднімаюся вгору на один сходовий проліт, в мене виникає сильна задишка
Моя повсякденна діяльність в межах будинку не обмежена	0 1 2 3 4 5	Моя повсякденна діяльність в межах будинку дуже обмежена

Незважаючи на моє захворювання легенів, я відчуваю себе впевнено, коли виходжу з дому	0 1 2 3 4 5	Через моє захворювання легенів я зовсім не відчуваю себе впевнено, коли виходжу з дому
Я сплю дуже добре	0 1 2 3 4 5	Через моє захворювання легенів я сплю дуже погано
У мене багато енергії	0 1 2 3 4 5	У мене зовсім немає енергії

Оцінка порушення стану здоров'я пацієнта з ХОЗЛ.

0-10 – незначний вплив;

11-20 – помірний вплив;

21-30 – сильний вплив;

31-40 – надзвичайно сильний вплив.

Приклад: 0 1 **X** 3 4 5

Я дуже щасливий(-а) Мені дуже сумно

Класифікація тяжкості обмеження дихальних шляхів при ХОЗЛ

Спірометрія є обов'язковим методом дослідження для верифікації діагнозу ХОЗЛ та визначення ступеню тяжкості обмеження дихальних шляхів і разом з іншими дослідженнями може допомогти у визначенні прогнозу і виборі терапевтичної тактики.

Клінічний діагноз ХОЗЛ може бути встановлений у осіб з помірним порушенням функції зовнішнього дихання ($ОФВ_1 < 80\%$) при наявності респіраторних симптомів.

Спірометрію слід проводити після введення адекватної дози інгаляційного бронхолітика з метою мінімізації варіабельності результатів.

Класифікація ступеня важкості обмеження швидкості повітряного потоку при ХОЗЛ	
GOLD 1, легка	$ОФВ_1 < 80\%$ від належних,
GOLD 2, середньої тяжкості	$50\% < ОФВ_1 < 80\%$ від належних,
GOLD 3, важка	$30\% < ОФВ_1 < 50\%$ від належних,
GOLD 4, вкрай важка	$ОФВ_1 < 30\%$ від належних,

Класифікація ХОЗЛ					
Ризик (класифікація GOLD обмеження повітряного потоку)	4	ОФВ ₁ < 30% від належних (С)	(D)	>2	Ризик (кількість загострень в анамнезі за попередній рік)
	3	30% < ОФВ ₁ < 50% від належних			
	2	50% < ОФВ ₁ < 80% від належних (А)	(B)	1	
	1			0	
		мМКР < 2 САТ < 10 балів	мМКР > 2 САТ > 10 балів		
		Симптоми (опитувальник mMRC або шкала САТ)			

При оцінці ризику вибирати треба **найбільший ризик** несприятливих подій, виходячи із спірометричної класифікації або анамнезу загострень.

Пацієнти поділяються на чотири групи: А (мало симптомів, низький ризик); **В** (багато симптомів, низький ризик); **С** (мало симптомів, високий ризик); та **Д** (багато симптомів, високий ризик).

Спочатку треба оцінити симптоми захворювання за шкалою mMRC або CAT і визначити, чи відноситься пацієнт до лівого боку квадрата – «менше симптомів» (ступінь 0-1 по mMRC або <10 балів за CAT) або до правого боку – «більше симптомів» (ступінь > 2 по mMRC або > 10 балів по CAT).

Потім слід оцінити ризик загострень, щоб визначити, чи відноситься пацієнт до нижньої частини квадрата – «низький ризик» чи до верхньої частини – «високий ризик». Це можна зробити одним з двох методів:

1) використовувати спірометрію для визначення ступеня тяжкості обмеження швидкості повітряного потоку згідно класифікації GOLD (класи GOLD 1-2 вказують на низький ризик загострень, а GOLD 3-4 – на високий ризик);

2) визначити кількість загострень, які були у пацієнта за попередні 12 місяців (0 або 1 вказують на низький ризик загострень, 2 і більше – на високий ризик).

У деяких пацієнтів рівні ризику, оцінені за цими двома методиками, не збігаються: в такому випадку рівень ризику слід визначати методом, що вказує на високий ризик загострень.

Групи пацієнтів:

– пацієнти групи А – «низький ризик», «менше симптомів». GOLD 1 або GOLD 2 і / або 0-1 загострення на рік і ступінь 0-1 по mMRC або < 10 балів за CAT;

пацієнти групи В – «низький ризик», «більше симптомів», клас GOLD 1 або GOLD 2 і / або 0-1 загострення на рік і ступінь > 2 по mMRC або > 10 балів по CAT;

– пацієнти групи С – «високий ризик», «менше симптомів». клас GOLD 3 або GOLD 4 і / або > 2 загострень на рік і ступінь 0-1 по mMRC або < 10 балів за CAT;

– пацієнти групи D – «високий ризик», «більше симптомів». Зазвичай у таких пацієнтів спостерігається спірометричний клас GOLD 3 або GOLD 4 і / або > 2 загострень

на рік і ступінь > 2 по mMRC або > 10 балів по CAT.

Докази, що підтверджують наведену систему класифікації, наступні:

- пацієнти з високим ризиком загострень зазвичай належать до спірометричних класів GOLD 3 або GOLD 4 (важке або вкрай важке – обмеження швидкості повітряного потоку, і можуть бути цілком надійно виявлені за даними анамнезу;
- підвищена частота загострень корелює з більш швидким зниженням ОФВ1 і великим погіршенням стану здоров'я;
- > 10 балів по CAT асоціюються зі значним погіршенням стану здоров'я.

Навіть при відсутності частих загострень пацієнти, що належать до спірометричних класів GOLD 3 і GOLD 4, піддаються більшому ризику госпіталізації та смерті. Отже, таких пацієнтів треба віднести до груп «високого ризику загострень».

Такий підхід в поєднанні з оцінкою потенційних супутніх захворювань краще відображає складність оцінки ХОЗЛ, ніж одномірний аналіз обмеження швидкості повітряного потоку, це раніше використовувався для визначення стадії захворювання, і формує основу для рекомендацій по індивідуалізованому лікуванню.

Клінічна класифікація дихальних та гемодинамічних порушень при хронічних обструктивних захворюваннях легень

При визначенні дихальних порушень у хворих із захворюваннями легень слід використовувати термін "легенева недостатність". Термін "дихальна недостатність" є широким поняттям і включає в себе характеристику порушень вентиляції, газообміну, транспорту кисню, тканинного дихання.

Легенева недостатність (ЛН) – це нездатність легенів забезпечити нормальний газовий склад артеріальної кро-

ві в стані спокою і/або при помірних фізичних навантаженнях.

ЛН поділяється на три ступені тяжкості:

ЛН I ступеня – хворий відмічає появу задишки, якої раніше не було, під час виконання звичного фізичного навантаження (після звичного навантаження є індивідуальним для кожного пацієнта і залежить від фізичного розвитку);

ЛН II ступеня – задишка з'являється при виконанні незначного фізичного навантаження (при ходьбі по рівній місцевості);

ЛН III ступеня – задишка турбує в стані спокою.

Недостатність кровообігу (НК) поділяється на три стадії:

НК I стадії – наявність не різко виражених ознак застою крові у великому колі, набряки на ногах, збільшення печінки, які зникають під впливом терапії тільки основного захворювання або в комбінації із сечогінними препаратами;

НК II стадії – наявність різко виражених набряків та гепатомегалії, які потребують інтенсивного, часто комбінованого, лікування сечогінними засобами; на цій стадії, як правило, спостерігаються порушення скоротливої функції міокарда, у зв'язку з чим виникає потреба в комплексному лікуванні із використанням засобів корекції судинного тону, антиагрегантів;

НК III стадії – стадія, яка характеризується вторинним ураженням інших органів і систем; засобом, що здатний продовжити життя цих пацієнтів, є довготривала оксигенотерапія.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ХОЗЛ, група А (GOLD1), ремісія, ЛН 0 ст.
2. ХОЗЛ, група В (GOLD 2), інфекційне загострення, ЛН II ст.

3. ХОЗЛ, група С, (GOLD 3), інфекційне загострення, ЛН II ст.

4. ХОЗЛ, група D (GOLD 3), інфекційне загострення, ЛН III ст.

5. ХОЗЛ, група D (GOLD 4), інфекційне загострення, ЛНІІІ, хронічне легеневе серце, НК II ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

За попереднім наказом

Амбулаторне лікування:

– діагностика та лікування ХОЗЛ А, В стадії, при необхідності – із залученням пульмонолога.

Стаціонарне лікування:

госпіталізація в терапевтичне (пульмонологічне) відділення:

– хворі з загостренням ХОЗЛ С, при наявності тяжких супутніх захворювань, при неможливості амбулаторно верифікувати діагноз, при незадовільному лікуванні у домашніх умовах;

в пульмонологічне відділення:

– хворі із загостренням ХОЗЛ D.

Показання для госпіталізації:

– Значне збільшення інтенсивності симптомів (наприклад, знезапек розвиток задишки в спокої);

– Тяжкий перебіг ХОЗЛ;

– Виникнення нових фізикальних ознак (ціаноз, периферичні набряки);

– Відсутність відповіді на стартове лікування загострення;

– Наявність тяжких супутніх захворювань (серцевої недостатності, аритмії);

– Анамнез частих загострень;

- Похилий вік;
- Соціальні показання (неможливість лікування в домашніх умовах).

Критерії для направлення у відділення інтенсивної терапії:

- Тяжка задишка, яка не зменшується при початковій невідкладній терапії;
- Зміни в психічному стані (сплутаність свідомості, летаргія, кома);
- Персистуюча або погіршення гіпоксемії ($\text{PaO}_2 < 5.3$ кПа, 40 мм рт.ст.) та/або тяжкий респіраторний ацидоз ($\text{pH} < 7.25$), посилення ацитозу незважаючи на застосування кисню та неінвазивної вентиляції;
- Потреба в інвазивній механічній вентиляції;
- Нестабільність гемодинаміки – потреба у вазопресорах.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013

Бронхіальна астма (БА) – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, в патогенезі якого приймають участь багато клітин та медіатори запалення, хронічне запалення асоційоване з гіперреактивністю дихальних шляхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скованості у грудній клітині, кашлю, особливо вночі та рано вранці. При БА бронхообструкція – зворотна спонтанно або під впливом терапії.

Код МКХ-10:

J 45. – астма бронхіальна.

J 45.0 – БА з переваженням алергічного компоненту.

J 45.1 – неалергічна астма.

J 45.8 – змішана астма.

J 46 – астматичний статус.

Фактори, які впливають на розвиток та прояви БА.

Внутрішні фактори: генетичні, ожиріння, стать.

Зовнішні фактори: алергени (в помешканні, зовнішні), інфекції (переважно вірусні), професійні сенсibilізатори, табакокуріння, забруднене повітря, харчування.

Класифікація БА за ступенем важкості (застосовується у первинно-діагностованих хворих, які ще не отримували протиастматичної терапії).

Для хворих, які не отримували ІКС, відповідно до рекомендацій GINA попередніх переглядів астма розділялась згідно з виразністю симптомів, обмеження прохідності повітропровідних шляхів, варіабельності функції легені на 4 категорії: інтермітуюча, легка персистуюча, персистуюча помірної тяжкості або тяжка персистуюча, хоча ця класифікація часом помилково застосовувалась для хворих, що вже отримують терапію.

Інтермітуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування:

- Симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) короткотривалі, виникають рідше 1 разу на тиждень. Впродовж не менше як 3 місяці.

- Короткотривалі загострення.

- Нічні симптоми виникають не частіше 2-х разів на місяць.

- Відсутність симптомів, нормальні значення показників ФЗД між загостреннями.

- $ОФВ_1$ або $ПОШ_{вид} \geq 80\%$ від належних.

- Добові коливання $ПОШ_{вид}$ або $ОФВ_1 < 20\%$.

Легка персистуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування:

- Симптоми виникають частіше, як мінімум 1 раз на

тиждень, але рідше 1 разу на день Впродовж більше 3-х місяців.

- Симптоми загострення можуть порушувати активність і сон.

- Наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування майже щоденно.

- Нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць.

- $ОФВ_1$ або $ПОШ_{вид} \geq 80\%$ від належних.

- Добові коливання $ПОШ_{вид}$ або $ОФВ_1 - 20-30\%$.

Середньої тяжкості персистуюча бронхіальна астма

Клінічні симптоми до початку лікування:

- Симптоми виникають щоденно.

- Загострення призводять до порушення активності і сну.

- Нічні симптоми астми виникають частіше 1 разу на тиждень.

- Необхідність у щоденному прийомі бета2-агоністів короткої дії.

- $ОФВ_1$ або $ПОШ_{вид}$ в межах 60-80% від належних.

- Добові коливання $ПОШ_{вид}$ або $ОФВ_1 > 30\%$.

Тяжка персистуюча бронхіальна астма

Наявність в значній мірі варіабельних тривалих симптомів, частих нічних симптомів, обмеження активності, тяжкі загострення.

Клінічні симптоми до початку лікування:

- Незважаючи на лікування, що проводиться, відсутність належного контролю захворювання.

- Постійна наявність тривалих денних симптомів.

- Часті нічні симптоми.

- Часті, важкі загострення.

- Обмеження фізичної активності зумовлене БА.

- $ОФВ_1$ або $ПОШ_{вид} < 60\%$ від належних.

- Добові коливання $ПОШ_{вид}$ або $ОФВ_1 > 30\%$.

Критерії важкості загострення астми		
Майже смертельна астма	Підвищений PaCO_2 та/або потреба в механічній вентиляції з підвищеним тиском заповнення ³⁹¹⁻³⁹³	
Загрозлива для життя астма	Будь-яка з наступних ознак у пацієнтів з важким загостренням астми:	
	Клінічні ознаки	Виміри
	Зміни рівня свідомості	ПОШ _{вид} < 33% від персонально най-кращої або прогнозованої
	Виснаження	$\text{SpO}_2 < 92\%$
	Аритмія	$\text{PaO}_2 < 8 \text{ кПа}$
	Гіпотонія	«нормальний» PaCO_2 (4,6-6,0 кПа)
	Ціаноз	
	«Німа легеня» (відсутність дихальних шумів)	
Важке загострення астми	Недостатні дихальні зусилля	
	Будь-який показник з наступних: – ПОШ _{вид} 33-50% від персонально найкращої або прогнозованої – Частота дихання $\geq 25/\text{хв.}$ – Частота серцевих скорочень $\geq 110/\text{хв}$ – Неможливість закінчити речення «на одному диханні»	
Помірне загострення астми	– Збільшення симптомів – ПОШ _{вид} > 50-75% від персонально найкращої або прогнозованої – Немає ознак важкого загострення астми	
Нестабільна астма	– Тип 1: Значна варіабельність ПОШ _{вид} (денна варіабельність > 40% Впродовж більше 50% часу впродовж більше 150 днів), незважаючи на інтенсивну терапію – Тип 2: раптові тяжкі напади на фоні добре контрольованої астми	

Схема оцінки рівня контролю БА			
В таблиці представлена схема оцінки рівню контролю БА.			
Характерис-тика	Контрольова-ний перебіг (все нижчена-ведене)	Частковий контр-оль (будь-яка ознака може відмі-чатися у будь-який тиждень)	Неконтр-ольований перебіг
Оцінка поточного клінічного контролю БА (за останні 4 тижні)			
Денні симптоми	Немає (≤ 2/тиждень)	> 2/тиждень	≥ 3 ознаки часткового контролю наявні у будь-який тиждень
Обмеження активності	Немає	Будь коли	
Нічні симп-томи/про-будження з приводу БА	Немає	Будь коли	
Застосу-вання брон-холітиків для зняття симптомів, за потребою	Немає (≤ 2/тиждень)	> 2 /тиждень	
ФЗД (ПОШ _{вид} або ОФВ ₁)	Нормальні показники	< 80% від повинно-го або персонально кращого (як-що відомий)	
Оцінка майбутніх ризиків (ризиків загострень, нестабільнос-ті стану, швидкого погіршення функції легенів, побічні ефекти). Ознаки, які асоціюються з підвищеним ризиком побічних проявів терапії в майбутньому: поганий контроль клінічних симптомів, часті загострення впродовж останнього року спостереження, по-треба в реанімаційних заходах з приводу БА, низький ОФВ ₁ , пасив-не паління, високі дози протиастматичних препаратів.			

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Бронхіальна астма, інтермітуючий перебіг, контрольована.
2. Бронхіальна астма, персистуючий перебіг середньої тяжкості, частково контрольована, загострення середньої тяжкості.
3. Бронхіальна астма, тяжкий персистуючий перебіг, неконтрольована, тяжкий ступінь загострення.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- Легкі та помірної важкості загострення БА лікуються в амбулаторних умовах

Пацієнти з загостреннями легкого або середнього ступеня важкості БА повинні оглядатися, принаймні, один раз на рік, або частіше, якщо необхідно;

- Вперше виявлені пацієнти з тяжким перебігом БА повинні оглядатися, не менше двох разів на рік;

Стаціонарне лікування:

- Усі пацієнти із загостреннями БА, які потребують госпіталізації, отримують лікування у непрофільних ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу. Дехто через важкість загострення або потребу в методах лікування, недоступних в домашніх умовах чи необхідність спеціального втручання, потребує госпіталізації.

Відділення реанімації та інтенсивної терапії:

- Важкі загострення БА відносяться до небезпечних для життя екстрених показань.

Ознаки важкого загострення астми:

- Максимальна швидкість видиху (ПОШ_{вид}) 33-50% від найкращого (використовуйте % від повинного, якщо

найкращий невідомий);

- Не може вимовити речення на одному диханні;
- Дихання ≥ 25 дихань/хв.;
- Пульс ≥ 110 ударів/хв.;

Загрозливі для життя ознаки:

- $\text{ПОШ}_{\text{вид}} < 33\%$ від найкращого або нормального;
- $\text{SpO}_2 < 92\%$;
- «Німа» легеня, ціаноз або недостатні дихальні зусилля;
- Аритмія або гіпотензія;
- Виснаження, змінена свідомість.

Підставою для направлення до лікарні можуть служити такі фактори, як:

- відсутність відповіді на лікування, соціальні обставини або супутні захворювання.

Перед випискою з лікарні пацієнти повинні одержати письмові індивідуальні плани дій, розроблені клініцистами, які мають досвід у лікуванні астми.

СИНДРОМ АПНОЕ-ГІПНОЕ СНУ (САГС)

САГС патологічний стан, коли у пацієнта виникають повторні короткочасні зупинки дихання довше ніж 10 секунд і частіше ніж 5 разів за годину внаслідок повної або часткової обструкції дихальних шляхів під час сну за збережених або відсутніх дихальних зусиль, що призводить до гіпоксемії та гіперкапнії, гіпоксії мозку, вентиляційно-перфузійних розладів, порушення серцевого ритму та розладів сну.

Типи САГС

Центральний тип – порушення центральних механізмів регуляції дихання

Периферичний (обструктивний) – перекривається потік

повітря на рівні верхніх дихальних шляхів, недостатність повітряного потоку.

Змішаний тип – патологічний стан з ознаками обох попередніх типів.

Клінічна класифікація

За характером перебігу:

1. Гострий – клінічні симптоми тривають менше 2 тижнів.
2. Підгострий – в межах 2-6 тижнів.
3. Хронічний – більше 6 тижнів.

За ступенем тяжкості:

I. Легкий – з незначною сонливістю або безсонням; у більшій частині нічного сну немає респіраторних розладів; в епізодах апное незначна десатурація кисню або доброякісні серцеві аритмії.

II. Середньотяжкий – з помірною денною сонливістю або безсонням; в епізодах апное помірна десатурація кисню або помірні серцеві аритмії.

III. Тяжкий – з вираженою денною сонливістю або безсонням; у більшій частині нічного сну є респіраторні розлади; в епізодах апное виражена десатурація кисню або злоякісні аритмії.

Тяжкість САГС визначається за максимальними змінами трьох його показників: денної сонливості (за шкалою SS), дихальних порушень (індекс апное-гіпноє – середня кількість епізодів за 1 год. сну – ІАГ) і порушень газообміну (мінімальна і середня SpO₂).

За ступенем тяжкості денної сонливості:

1. Легкий: сонливість періодична, не щоденна, у спокої або в ситуації, що вимагає мінімальної уваги, – ESS 12 балів.

2. Середньотяжкий: сонливість щоденна, на тлі міні-

мальної активності в ситуації, що вимагає помірної уваги (у транспорті, під час зборів, біля телевізора), – ESS 13-17 балів.

3. Тяжкий: сонливість щоденна, під час активної роботи і в ситуації, що вимагає уваги (керування автомобілем, ведення переговорів, прийом їжі, хода, із зниженням соціальних і професійних функцій), – ESS 18-24 балів.

За ступенем тяжкості респіраторних порушень:

Легкий: ІАГ 5-10 подій на годину, ІДР* < 20 за годину.

Помірний: ІАГ 10-20 подій за годину, ІДР 20-40 за годину.

Тяжкий: ІАГ > 20 подій на годину, ІДР > 40 за годину.

ІДР* – індекс дихальних розладів. Вираховується за формулою (кількість епізодів апное: гіпопное / загальна тривалість сну, хв.) x 60.

За ступенем порушення газообміну

1. Легкий – середня $SpO_2 > 90\%$ і мінімальна $> 85\%$

2. Помірний – середня $SpO_2 > 90\%$ і мінімальна $> 70\%$.

3. Тяжкий – середня $< 90\%$ і мінімальна $< 70\%$.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. САГС, середньої тяжкості (ІАГ15, ІДР25, SpO_2 середня 92%, мінімальна 80%), ожиріння Іст, суправентрикулярна екстрасистолія.

2. САГС тяжкий перебіг (ІАГ 30, ІДР 50, SpO_2 середня 85%, мінімальна 45%), ожиріння ІІІ ст., артеріальна гіпертензія ІІ ст., 2 ступеня, ГЛШ, високого ризику.

ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

ІДІОПАТИЧНИЙ ФІБРОЗУЮЧИЙ АЛЬВЕОЛІТ

ІФА – патологічний процес в альвеолах та інтерстиці-
альній тканині легень нез'ясованої етіології, який супро-
воджується дихальною недостатністю внаслідок прогресу-
ючого пневмофіброзу.

МКХ-10: J .84 – інші інтерстиційні хвороби легень.

Класифікація

I. За перебігом: гострий, хронічний, інтермітуючий.

II. Стан: компенсований, субкомпенсований, деком-
пенсований.

III. З переважним ураженням інтерстиціальної ткани-
ни (муральний варіант), з переважним ураженням альве-
ол (десквамативний варіант).

Ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії – група захворю-
вань легень нез'ясованої етіології, які відрізняються одне
від одного патоморфологічним типом неінфекційного за-
палення та фіброзу, головним чином у інтертиції легень.

Клінікоморфологічна характеристика (ATS/ERS):

1. Ідіопатичний легеневий фіброз.
2. Неспецифічна інтерстиціальна пневмонія.
3. Криптогенна інтерстиціальна пневмонія.
4. Гостра інтерстиціальна пневмонія.
5. Респіраторний бронхіоліт, асоційований з ідіопа-
тичною інтерстиціальною пневмонією.
6. Десквамативна інтерстиціальна пневмонія.
7. Лімфоїдна інтерстиціальна пневмонія.

БРОНХОЕКТАТИЧНА ХВОРОБА

БЕХ – генетично-детермінована хвороба, гнійно-запальний процес в різко розширених деформованих бронхах з інфільтративними та склеротичними змінами в перибронхіальному просторі, що призводить до подальшого незворотного розширення бронхів з порушенням їх дренажної функції, розвитку ателектазів, емфіземи, цирозу в регіонарній зоні паренхіми легень.

МКХ-10: J-.47.

Класифікація

За поширеністю: односторонні, двосторонні (з уточненням локалізації БЕ за сегментами, частками).

За фазою захворювання: загострення, ремісія.

За формою розширення бронхів: циліндричні, веретеноподібні, мішечкові, кістоподібні, змішані.

За формою перебігу: легка форма, середньої важкості, важка ускладнена.

САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ

Саркоїдоз – системне захворювання невідомої етіології, яке характеризується розвитком реакцій тканин продуктивного типу з формуванням епітеліоїдних гранульом без казеозу з подальшим утворенням інтерстиційного фіброзу.

Класифікація

A. Основні клініко-рентгенологічні форми саркоїдозу:

1. Саркоїдоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.
2. Саркоїдоз легень та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.
3. Саркоїдоз легень.
4. Саркоїдоз органів дихання, комбінований з ураженням (поодиноким) інших органів.

5. Генералізований саркоїдоз з ураженням багатьох органів.*

**Крім ураження органів дихання, при саркоїдозі може бути ураження інших серозних оболонок, периферичних лімфатичних вузлів, опорно-рухового апарату, печінки, нирок, шкіри, очей, слинних залоз та ін.*

Б. Характеристика патологічного процесу:

1. Фази розвитку процесу – активна, регресії, стабільності.

2. Характер перебігу захворювання – абортівний, уповільнений, прогресуючий, хронічний.

4. Ускладнення – ателектаз, стеноз бронха, ЛН, СН.

В. Залишкові явища після стабілізації процесу – пневмосклероз, емфізема легень, адгезивний плеврит, фіброз коренів легень та ін.

Рентгено-функціональна стадія та показники активності процесу.

Стадії:

0 – без рентгенологічних змін у легенях;

I – збільшення внутрішньогрудних лімфовузлів без змін у легенях;

II – збільшення внутрішньогрудних лімфовузлів та змінами у легенях;

III – зміни у легенях без ураження внутрішньогрудних лімфовузлів;

IV – фіброз (кінцева стадія).

Характеристика активності захворювання:

N – легенева функція не змінена;

R – рестриктивні порушення ФЗД;

D – дифузійна спроможність;

O – обструктивні вентиляційні порушення ФЗД;

B – накопичення Ga 67;

A – конвертуючий сироватковий ангіотензин, серотонін.

МУКОВІСЦИДОЗ

Муковісцидоз – спадкове захворювання за аутосомно-рецесивним типом, яке характеризується розвитком екзокринопатії, проявами якої є формування хронічного обструктивного процесу у дихальних шляхах у супроводі з бактеріальною інфекцією, дисфункції травної системи з недостатністю екзокринної функції підшлункової залози, підвищеному вмісту електролітів у потовій рідині та обструктивної азотоспермії у чоловіків внаслідок агенезії сім'явиносних проток.

Клінічна класифікація

1. МВ з панкреатичною недостатністю.
2. МВ без панкреатичної недостатності, в т.ч. генітальна форма.
3. Атипові форми МВ.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ ІНШИХ ХВОРОБ

1. Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, хронічний перебіг, муральний варіант. ЛН II ст.

2. Бронхоектатична хвороба: множинні циліндричні бронхоектази нижньої частки лівої легені, середньо важкий перебіг, фаза загострення. ЛН II ст.

3. Саркоїдоз легень і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів: II стадія, активна фаза, прогресуючий перебіг, пневмосклероз. ЛН II ступеня.

4. Муковісцидоз, тяжкий перебіг, недостатність зовнішньо секреторної функції підшлункової залози, хронічний гнійний бронхіт. ЛН II

5. Центральний дрібноклітинний рак верхньої частки правої легені, $T_3N_1M_x$, метастази у внутрішньо грудні лім-

фатичні вузли справа, III стадія, II клінічна група. Легенева недостатність I ст.

6. Первинний спонтанний тотальний пневмоторакс правої легені, ускладнений правобічною емпіємою плеври. Дренування плевральної порожнини (11.10.15). Гостра дихальна недостатність.

7. Силікоз легень, II стадія. ЛН I ст.

ЛЕГЕНЕВА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Клінічна класифікація легеневої гіпертензії

ESC/TRS, 2015

Легенева гіпертензія (ЛГ) – патологічний стан, який ускладнює багато серцево-судинних та респіраторних захворювань, визначається як збільшення середнього тиску у ЛА до 25 мм рт.ст. та вище у стані спокою за даними катетеризації правих відділів серця.

1. Легенева артеріальна гіпертензія:

1.1. Ідіопатична.

1.2. Спадкова.

1.2.1. VMR_{2} .

1.2.2. ALK1, ендоглин (зі спадковою геморагічною телангіектазією або без неї).

1.2.3. Невстановлена.

1.3. Викликана ліками або токсинами.

1.4. Гіпертензія, пов'язана з захворюваннями сполучної тканини, ВІЛ – інфекцією, портальною гіпертензією, природженими вадами серця, шистосомозом.

*1.*Венооклюзійна хвороба легень (ВОХЛ) і/або легеневий капілярний ангиоматоз: ідіопатичний, спадковий, внаслідок препаратів, токсинів або радіації, пов'язаний з ДХСТ, ВІЛ інфекцією.*

*1.**Персистуюча ЛГ новонароджених.*

2. Легенева гіпертензія у результаті захворювання лівої половини серця:

- 2.1. Систолічна дисфункція лівого шлуночка.
- 2.2. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка.
- 2.3. Захворювання клапанів.
- 2.4. Вроджена/набута обструкція приносящих/виносящих трактів лівих відділів серця та вроджені КМП.
- 2.5 Вроджений/набутий стеноз легеневих вен.

3. Легенева гіпертензія у результаті захворювання легень та/або гіпоксії:

- 3.1. Хронічне обструктивне захворювання легень.
- 3.2 Інтерстиціальні хвороби легень.
- 3.3 Інші легеневі захворювання зі змішаним рестриктивним та обструктивним механізмом.
- 3.4. Синдром апное під час сну.
- 3.5. Альвеолярна гіповентиляція.
- 3.6. Високогірна легенева гіпертензія.
- 3.7. Аномалії розвитку легень.

4. Хронічна тромбоемболічна легенева гіпертензія та інші варіанти обструкції ЛА (ангіосаркома, інші внутрішньосудинні пухлини, артеріїти, вроджені стенози, паразити).

5. Легенева гіпертензія з неясним та/або багатофакторним механізмом:

- 5.1. Гематологічні захворювання: хронічна гемолітична анемія, мієлопролиферативні захворювання, спленектомія;
- 5.2. Системні захворювання: саркоїдоз, гістіоцитоз Х, лімфоангіолейоміоматоз;
- 5.3. Метаболічні захворювання: глікогенна хвороба, хвороба Гоше, захворювання щитоподібної залози.
- 5.4. Інші: компресія легеневих судин новоутворенням, фібромедіастиніт, хронічна ниркова недостатність при діалізі.

Оцінка ризику при ЛАГ			
Прогностичні фактори ризику можливої річної смерті	Низький ризик, < 5%	Проміжний ризик, 5 -10%	Високий ризик, > 10%
Клінічні симптоми недостатності ПП Синкопальні стани	Відсутні Ні	Відсутні Рідко	Присутні Повторюються
Прогресування симптомів	Ні	Повільно	Швидко
Результат проби ходи 6 хв.	Більше 440 м	165-440 м	Менше 165 м
Рівень NT – proBNP у плазмі	BNP < 50 нг/мл NT – proBNP < 300 нг/мл	BNP 50-300 нг/мл NT – proBNP 300-1400 нг/мл	BNP більше 300 нг/мл NT – proBNP > 1400 нг/мл
Візуалізація (Ехо-КГ, МРТ)	Площа ПП < 18 см ² Перикардальний випіт відсутній	Площа ПП 18-26 см ² Перикардальний випіт відсутній або мінімальний	Площа ПП > 26 см ² Перикардальний випіт
ФК за ВОЗ	I, II	III	IV
Гемодинамічні показники	Тиск у ПП < 8 мм рт. ст. CI > 2,5 л/хв./м ² SvO ₂ > 65%	Тиск у ПП 8-14 мм рт. ст. CI 2,0-2,4 л/хв./м ² SvO ₂ 60-65%	Тиск у ПП >14 мм рт.ст. CI < 2,0 л/хв./м ² SvO ₂ < 60%

Примітка:

ПП – праве передсердя,

SvO₂ – сатурація венозної крові, CI – серцевий індекс.

Функціональна класифікація легеневої гіпертензії <i>ВОЗ, 1998; ESC ERS, 2009</i>	
Клас	Характеристика
I	Пацієнт з легеневою гіпертензією, але без обмеження фізичної активності. Звичайне фізичне навантаження не викликає задишки, запаморочення, болів у серці або синкопальних станів.
II	Пацієнт з легеневою гіпертензією, яка призводить до невеликого обмеження фізичної активності. Задовільний стан тільки у спокої. Звичайне фізичне навантаження викликає задишку, запаморочення, болі у серці або пресинкопальний стан.
III	Пацієнт з легеневою гіпертензією, яка призводить до значного обмеження фізичної активності. Задовільний стан тільки у спокої. Невелике фізичне навантаження викликає задишку, запаморочення, болі у серці або пресинкопальний стан.
IV	Пацієнт з легеневою гіпертензією, яка призводить до нездатності виконувати будь-яке навантаження без проявів симптомів. Є ознаки право шлункової недостатності, задишка та/або запаморочення можуть бути навіть у спокої. Стан погіршується при будь-якому фізичному навантаженні.

Характеристика легеневої гіпертензії за ступенями тяжкості	
Ступень легеневої гіпертензії	Систолічний тиск у легеневої артерії мм рт.ст.
Помірна	30-50
Значна	51-80
Виражена	> 80

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Догоспідальний етап

Надання екстреної медичної допомоги на догоспідальному етапі здійснюється службою екстреної медичної допомоги, бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги для дорослого населення, відділеннями екстреної медичної допомоги лікарень. Бажано проводити планову госпіталізацію у спеціалізоване відділення. При виникненні екстреної ситуації госпіталізація проводиться у заклади, що надають вторинну медичну допомогу, та мають відповідне устаткування і рекомендації щодо ведення пацієнтів з ЛГ.

Показання для невідкладної госпіталізації:

1. Ускладнення ЛГ (легенево-гіпертонічний криз, синкопальні стани, кровохаркання та легенева кровотеча, аневризма та розрив легеневої артерії, тромбоз гілок ЛА, порушення ритму та провідності, гостра правощлуночкова недостатність).
2. Погіршення функціонального стану пацієнта з ЛГ.
3. Виникнення загрози життю матері або плода при вагітності.

Госпіталізація

Положення протоколу

Мета госпіталізації пацієнта за екстреними (невідкладними) показаннями:

- стабілізація стану пацієнта;
- попередження розвитку ускладнень;
- стабілізація стану плода при вагітності пацієнтки з ЛГ.

Після досягнення стабілізації стану пацієнт має бути

направлений у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу для до обстеження та корекції терапії.

Обґрунтування

Госпіталізація у плановому порядку проводиться лише до ЗОЗ, що надають третинну (спеціалізовану) медичну допомогу. Госпіталізація у заклади, що надають вторинну медичну допомогу проводиться лише за наявності екстрених або невідкладних показань.

АЛЕРГІЧНІ СТАНИ І ЗАХВОРЮВАННЯ

Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 432

АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ

Алергічний риніт (АР) – інтермітуюче чи постійне запалення слизової оболонки носа і його пазух, обумовлене дією алергенів, що характеризується закладенням, виділенням, свербіжем носа, чханням (можлива наявність тільки декількох симптомів).

Код МКХ-10

J 30.0 – вазомоторний риніт.

J 30.1 - алергічний риніт (поліноз).

J 30.3 – інші алергічні риніти.

Класифікація АР за формою

ВООЗ, Канни, 2000

- інтермітуючий (або сезонний) (при полінозі): пилковий, грибковий;
- персистуючий (або цілорічний): побутовий, епідермальний, харчовий, професіональний.

Перебіг	Характеристика
Легкий	Відсутність впливу захворювання на загальний стан, працездатність чи відпочинок хворих. Застосування лікарських препаратів – епізодичне.

Середньо-важкий	Симптоматика АР ліквідується чи мінімізується, якість життя нормалізується при застосуванні відповідних лікарських препаратів.
Важкий	Застосування лікарських засобів не ліквідує клінічні прояви (чи впливає в незначній мірі на клінічні прояви) і суттєво не поліпшує якість життя хворих.
Ускладнення	Полісенсibiliзація (коли виникає гіперчутливість до алергенів різного походження), неспецифічна гіперреактивність, синусит, поліпоз носа, гострий та хронічний середній отит. Можлива трансформація АР в бронхіальну астму або одночасне існування обох захворювань.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Інтермітуючий пилковий алергічний риніт (на амброзію), середньо-важкий перебіг.
2. Персистуючий алергічний риніт, сенсibiliзація до алергенів домашнього пилу, перебіг середньої важкості.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- невідкладна допомога та лікування;
- консультація алерголога.

Стационарне лікування:

- для проведення специфічної імунотерапії.

ПОЛІНОЗИ

Поліноз – алергічне захворювання переважно слизових оболонок (в першу чергу носа, кон'юнктиви), яке обумовлене гіперчутливістю до пилку рослин, концентрація яких в повітрі періодично стає причинно значущою.

Код МКХ-10: J 0.

J 0.1 Алергічний риніт, що викликаний пилом рослин.

J 0.2 Інші сезонні алергічні риніти.

Залежно від строків палінації рослин виділяють:

- весняні полінози;
- весняно-літні полінози;
- літньо-осінні полінози.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Весняний поліноз: кон'юнктивіт, алергічний риніт, загострення. Сенсibiliзація до пилових алергенів.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- невідкладна допомога та лікування;
- консультація алерголога.

Стаціонарне лікування:

- для проведення специфічної імунотерапії.

ІНСЕКТНА АЛЕРГІЯ

Інсектна алергія (ІА) – алергічна реакція, що виникає на контакт з комахами чи продуктами їх життєдіяльності

(укуси, вдихання частинок тіла комах, попадання до шлунково-кишкового тракту тощо).

Код МКХ-10 – L 0.8 інша кропив'янка.

Класифікація
U.R Muller, 1990

Форма: місцева і системна.

Перебіг	Ступінь важкості
Легкий	I ступінь важкості – генералізований свербіж, кропив'янка, загальна слабкість, відчуття страху
Середньоважкий	II ступінь важкості – додатково приєднуються такі симптоми, як ангіоневротичний набряк, нудота, блювота, діарея, запаморочення, біль в животі і серці.
Важкий	III ступінь важкості – крім перерахованих вище симптомів виникає диспное, хриплість голосу, стридор, ядуха, дисфагія, серцебиття.
Анафілактичний шок	IV ступінь важкості – крім вищевказаних симптомів виникають ціаноз, гіпотензія, колапс, втрата свідомості.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Інсектна алергія (укус бджоли), легкого ступеня важкості. Гостра кропив'янка
2. Інсектна алергія, IV ступеня важкості, анафілактичний шок.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– діагностика, невідкладна допомога та лікування при відсутності загрозливих для життя симптомів.

Стационарне лікування:

– невідкладна допомога та лікування при розвитку загрозливих для життя ускладнень з наступною консультацією у алерголога.

КРОПИВ'ЯНКА, НАБРЯК КВІНКЕ

Кропив'янка – поліетіологічний синдром, що проявляється характерними шкірними елементами (уртикаріями), які мають швидку динаміку.

При ураженні підшкірного і підслизового шару дерми розвивається ангіоневротичний набряк.

Набряк Квінке (ангіоневротичний набряк) характеризується появою щільного набряку глибоких шарів шкіри (частіше в області обличчя, голови, шиї, статевих органів) без вираженого свербіжу.

Код МКХ-10.

L 50. – Кропив'янка.

L 50.0 – Алергічна кропив'янка

L 50.1 – Ідіопатична.

L 50.2 – Під впливом низької або високої температури.

L 50.3 – Дермографічна.

L 50.4 – Вібраційна.

L 50.5 – Холінергічна.

L 50.6 – Контактна.

L 50.8 – Інша.

T 78.3 – Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке).

Класифікація кропив'янки
класифікація S. M. Fineman,
1988 у модифікації Є.С.Федоренко

Імунологічна

- анафілактичний тип;
- цитотоксичний тип;
- імунокомплексний тип.

Анафілактоїдна

- спричинена медіатор-вивільняючими агентами;
- аспірин залежна.

Фізична

- дермографічна (механічна);
- температурна (холодова і теплова);
- холінергічна;
- сонячна;
- контактна;
- вібраційна.

Інші види

- ідіоматична;
- пігментна;
- системний мастоцитоз;
- інфекційна кропив'янка;
- шкірна форма васкуліту та інші системні захворювання;
- спричинена неопластичними процесами;
- ендокринна;
- психогенна.

Спадкові форми кропив'янки

- спадковий ангіоневротичний набряк;
- спадковий синдром, який характеризується

- кропив'яною, амілоїдозом, глухотою;
- порушення метаболізму протопорфірину;
- спадкова холодова кропив'янка;
- дефіцит СЗВ-інактиватора.

Класифікація алергічної кропив'янки, набряку Квінке

- гостра алергічна кропив'янка (початок за півгодини після потрапляння антигену і триває не більше 6 тижнів);
- хронічна алергічна кропив'янка (тривалість проявів або їх періодичне рецидування в строк понад 6 тижнів);
- гострий набряк Квінке (зберігається від 6 годин до 2-3 діб): перебіг – легкий, середньої важкості, тяжкий;
- хронічний набряк Квінке (тривалість проявів або їх періодичне рецидування в строк понад 6 тижнів);

Форми набряку Квінке:

- лицьова;
- гортанна;
- трахеобронхіальна (з бронхообструктивним синдромом або асфіксією);
- абдомінальна.

Ступені тяжкості:

- легкий перебіг – мономорфні поодинокі елементи висипу на обмежених ділянках шкіри;
- середньої важкості – розповсюджені висипи зливного характеру;
- тяжкий – генералізовані шкірні реакції, синдром Лайєла, генералізований набряк Квінке, системні реакції.

Необхідно проводити диференційну діагностику між алергічною, інфекційною (інфекційно-алергічною) та псевдоалергічною кропив'янками.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Гострий набряк Квінке на морепродукти, гортанна форма, тяжкий перебіг.
2. Гостра алергічна кропив'янка на харчовий продукт (яйця), лицьова форма, перебіг середньої важкості.
3. Хронічна псевдоалергічна рецидивуюча кропив'янка від дії високих та низьких температур, легкий перебіг.
4. Хронічний латентний гепатит С. Хронічна рецидивуюча псевдоалергічна кропив'янка, легкий перебіг.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- невідкладна допомога та лікування при відсутності загрозливих для життя симптомів.

Стаціонарне лікування:

- невідкладна допомога та лікування при розвитку загрозливих для життя ускладнень з наступною консультацією у алерголога.

ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

Згідно з номенклатурою Європейської академії алергології і клінічної імунології потрібно розрізняти такі терміни, пов'язані з харчовою алергією (ХА):

- *харчова гіперчутливість* – змінена реакція на продукти харчування;
- *ХА* – змінена реакція на продукти харчування, зумовлена імунологічними механізмами;
- *IgE-залежна ХА* – за доведеного її IgE-залежного механізму;

– *неалергічна харчова гіперчутливість* – усі інші змінені реакції на харчові продукти.

Диференційну діагностику ХА слід проводити з гельмінтозами, ферментопатіями, лактозною недостатністю, муковісцидозом, целиакією, запальними захворюваннями травного тракту, психогенною непереносимістю продуктів. У пацієнтів зі справжньою atopією відзначають позитивні шкірні проби з АГ, підвищення рівня загального IgE, наявність специфічного IgE, збільшення вмісту ІЛ₄ й зниження γ-ІФН. Згадані показники у пацієнтів із псевдоалергією не відрізняються від таких у здорових осіб.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

Атопічний дерматит – хронічне рецидивуюче алергічне захворювання, яке спостерігається в осіб зі спадковою схильністю до atopії та характеризується ексудативним та/або ліхеноїдним ураженням і свербезом шкірних покривів, підвищенням рівня сироваткового IgE та гіперчутливістю до специфічних ті неспецифічних подразників.

Класифікація

SCORAD – шкала atopічного дерматиту, кожний симптом оцінюються від 0 до 3 балів (0 – відсутність, 1 – легкий, 2 – середній, 3 – тяжкий). Оцінки виставляються у спеціальні таблиці і на їх підставі розраховується загальна сума індексу.

I етап: визначення та оцінка ознак інтенсивності симптомів – еритема, набряк/папули, мокнуття/кірки, екскоріація, ліхеніфікація, сухість.

II етап: розрахунок площі ураження шкірних покривів.

Площа ураження оцінюється за правилом «дев'ятки».

III етап: оцінка суб'єктивних ознак.

Оцінюється свербіж та порушення сну за 10-бальною шкалою згідно із середніми цифрами за останні 3 дні/ночі.

IV етап: розрахунок величини індексу

$$\text{SCORAD} = A/5 + B/2 + C$$

A – площа ураження шкіри у відсотках.

B – сума балів об'єктивних ознак.

C – сума балів суб'єктивних ознак.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Атопічний дерматит (SCORAD-бали), фаза загострення.

АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК

Анафілактичний шок – це алергічна реакція негайного типу, що супроводжується небезпечними для життя клінічними проявами (різким зниженням артеріального тиску, порушенням діяльності центральної і периферичної нервової систем, ендокринними розладами, дихальною недостатністю, тощо).

Код МКХ-10.

T 8.2 – АШ не уточнений.

T 8.0 – АШ, викликаний патологічною реакцією на харчові продукти.

T 78.5 – АШ, пов'язаний з введенням сироватки.

T 88.6 – АШ на застосований лікарський засіб.

Класифікація

Лопатин О.С., 1983

Типова форма

Варіанти:

- гемодинамічний;
- асфіктичний;

- церебральний;
- абдомінальний.

Перебіг:

- гострий доброякісний;
- гострий злоякісний;
- затяжний;
- рецидивуючий;
- абортивний.

Характеристика перебігу анафілактичного шоку

Гострий доброякісний: розлади свідомості по типу оглушення та сопорозності, помірні функціональні зміни судинного тону та дихальної недостатності, при правильній діагностиці та лікуванні – прогноз сприятливий.

Гострий злоякісний: гострий початок з швидким падінням артеріального тиску (часто до 0 мм рт.ст.), порушення свідомості до коми та наростання симптомів дихальної недостатності з бронхоспазмом, симптоми шоку резистентні до терапії – прогноз несприятливий.

Затяжний: початкові ознаки шоку починаються стрімко з типовими клінічними симптомами, а затяжний перебіг виявляється тільки після проведення протишокової терапії, яка дає тимчасовий та частковий ефект – прогноз сумнівний.

Рецидивуючий: характеризується виникненням повторного шоку після покращення стану – прогноз сумнівний.

Абортивний: клінічні симптоми проявляються у вигляді варіантів типової форми, які швидко купуються, а іноді проходять навіть без лікарських засобів – прогноз сприятливий.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Анафілактичний шок на тріомбраз, асфіктичний варіант, гострий злоякісний перебіг.
2. Нутритивний анафілактичний шок (на мед), абдомінальний варіант, затяжний перебіг.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Стаціонарне лікування:

- невідкладна госпіталізація після надання невідкладної медичної допомоги у реанімаційне відділення.

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ

Медикаментозна алергія – патологічна реакція на лікарські засоби, в основі якої лежать імунологічні механізми.

МКХ-10: Т 88.7.

А. Системні реакції (анафілактичний шок, сироваткова хвороба, васкуліти, медикаментозна лихоманка, аутоімунні захворювання).

Б. Органні реакції:

- шкірні – кропив'янка та ангіоневротичний набряк, васкуліти, фіксований медикаментозний дерматит, синдром Лайєла, Стивенса-Джонса, мультиформна еритема, ексfolіативний дерматит, еритродермія, контактний дерматит, макуло-папульозна екзантема;

- гематологічні: тромбоцитопенія, лейкопенія, анемія, панцитопенія, агранулоцитоз;

- ураження внутрішніх органів: нирок, печінки, легень, серця.

В. Анафілаксія

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Медикаментозна алергія на прийом кордарону
мультiformна еритема, середнього ступеня тяжкості.
Анамнестично.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Місце лікування залежить від виду і тяжкості медикаментозної алергії.

Амбулаторний етап:

- негенералізована кропив'янка;
- набряк Квінке легкого ступеня.

У алергологічному відділенні лікуються пацієнти з:

- генералізованою кропив'янкою;
- багатоформною еритемою;
- набряком Квінке середнього та важкого ступеня;
- проявами бронхоспазму;
- ГТАР I та II ступеня тяжкості.

Госпіталізація у реанімаційне відділення:

- набряк Квінке з локалізацією в ділянці гортані;
- ГТАР III та IV ступеня;
- анафілаксія.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

(Наказ МОЗ України від 12.12.04 № 59)

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК (ХХН)

Під хронічною хворобою нирок розуміють:

1 – наявне протягом ≥ 3 -х місяців захворювання нирок з відповідними змінами в аналізах сечі незалежно від того, чи є зниження функції нирок чи ні;

2 – наявне протягом ≥ 3 -х місяців зниження функції нирок при рівнях клубочкової фільтрації менше 60 мл/хв незалежно від наявності змін в аналізах сечі.

Критерії визначення ХХН (один із наступних, за наявності понад 3 місяців)	
Маркери ушкодження нирок (один або більше)	Альбумінурія ($PEA \geq 30$ мг/добу; $CAK \geq 30$ мг/г (≥ 3 мг/ммоль)). Зміни осаду сечі. Електролітні та інші порушення, зумовлені тубулярними розладами. Гістологічно підтверджені аномалії. Структурні аномалії, виявлені методами візуалізації. Наявність трансплантованої нирки
Знижена швидкість клубочкової фільтрації	$ШКФ < 60$ мл/хв./ $1,73\text{ м}^2$ (категорії ХХН 3а-5)

Примітка:

PEA – рівень екскреції альбуміну;

CAK – співвідношення «альбумін/креатинін»;

ШКФ - швид-кість клуб очкової фільтрації.

Характеристика стадій хронічної хвороби нирок II з'їзд нефрологів України, 2005				
Стадія	Характеристика чинників	ШКФ, мл/хв/1,73 м ²	Рівень креатиніну в крові, ммоль/л	Рекомендації
I	Ураження нирок із нормальною або збільшеною ШКФ	≥ 90	< 0,123	Діагностика та лікування основного захворювання
II	Ураження нирок із помірним зниженням ШКФ	60-89	$> 0,123 \leq 0,176$	ХНН I ступеня Оцінка швидкості прогресування
III	Середній ступінь зниження ШКФ	30-59	$> 0,176 \leq 0,352$	ХНН II ступеня Діагностика та лікування ускладнень
IV	Значний ступінь зниження ШКФ	15-29	$> 0,352 \leq 0,528$	ХНН III ступеня Підготовка до ЗНТ
V	Ниркова недостатність	< 15	$> 0,528$	ХНН IV ступеня ЗНТ

Класифікація ХХН за причинами

*наказ МОЗ та АМН України
за № 65/462 від 30.09.2003*

А. Первинні гломерулярні хвороби.

Б. Вторинні гломерулярні ураження, зумовлені:

- а) системними захворюваннями сполучної тканини;
- б) системними васкулітами;
- в) цукровим діабетом 1 або 2 типів;
- г) вірусним гепатитом В або С, СНІДом;
- д) артеріальною гіпертензією будь-якого ґенезу;
- е) пізнім гестозом;
- є) іншими причинами.

В. Спадкові нефропатії.

Г. Хронічні неінфекційні тубулоінтерстиціальні хвороби.

Д. Хронічний пієлонефрит:

- а) ускладнений;
- б) неускладнений.

Є. Кістозні хвороби нирок.

Г. Хронічні хвороби (ураження) трансплантованої нирки.

Класифікація ступенів хронічної ниркової недостатності		
Ступені	Рівень клубочкової фільтрації, мл/хв	Рівень креатиніну в крові, ммоль/л
I ступінь	$< 90 \geq 60$	$> 0,123 \leq 0,176$
II ступінь	$< 60 \geq 30$	$> 0,176 \leq 0,352$
III ступінь	$< 30 > 15$	$> 0,352 \leq 0,528$
IV ступінь (термінальний)	< 15 або лікування методами діалізу	$> 0,528$

Хвороби, що супроводжуються нефротичним синдромом:

Первинні ураження нирок: ГН з мінімальними змінами, мембранозний ГН, мезангіопроліферетивний ГН, мембранозно-проліферативний ГН, ШПГН

Хвороби, які зумовили вторинні ураження нирок: діабетична нефропатія, амілоїдоз тип АА чи АL, системний червоний вовчак, лейкози, лімфоми, карцинома бронхів, рак молочної залози, товстої кишки, шлунка, нирки, меланома.

Інфекційно обумовлені ураження нирок: бактеріальні, вірусні, протозойні, гельмінтози.

Якщо має місце вторинне ураження нирок, то спочатку вказують нозологічну основу виникнення ХХН та назву хвороби нирок (з морфологічним уточненням), наявність нефротичного або нефритичного синдромів, АГ, анемію, ускладнення та супутні захворювання.

Перелік основних нозологій ХХН (Іванов Д.Д.)		
<i>Патоморфологічна характеристика</i>	<i>Причинне захворювання</i>	<i>Поширеність серед пацієнтів із ХХН, %</i>
Діабетичний гломерулосклероз	Цукровий діабет 1-го і 2-го типів	33
Гломерулярні ураження	Аутоімунні захворювання, системні інфекції, дії токсичних речовин та ліків, пухлини	19
Васкулярні ураження	Патологія великих артерій, артеріальна гіпертензія, мікроангіопатії	21
Тубулоінтерстиціальна патологія	Інфекції сечовивідних шляхів, сечокам'яна хвороба, обструкція сечовивідних шляхів, дії токсичних речовин і ліків, міхурово-сечовідний рефлюкс	4

Кістозне ураження	Аутосомно-домінантний і аутосомно-рецесивний полікістоз нирок	6
Ураження трансплантованої нирки	Реакція відторгнення, дія токсичних речовин і ліків (циклоспорину, такролімусу), гломерулопатія трансплантата	

Хронічна хвороба нирок (ХХН)

KDIGO 2013

ХХН – поняття наднозологічне і в той же час являється формальним об’єднанням хронічних ниркових захворювань різної природи в одну велику аморфну групу, що підміняє етіологічний принцип. Поняття ХХН, з одного боку, відображає наявність загальних факторів ризику розвитку та прогресування нефропатій, універсальних механізмів формування нефросклерозу та згідно цього способів первинної та вторинної профілактики, а також наявність загального кінця – термінальної ниркової недостатності.

Діагноз ХХН встановлюють на підставі наступних ознак:

1. Виявлення любых клінічних маркерів ушкодження нирок, які підтверджені протягом періоду тривалістю не менше 3 місяців.

2. Наявність маркерів незворотних структурних змін органу, які виявлені однократно при морфологічному дослідженні органу або при його візуалізації.

3. Зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) < 60 мл/хв/1,73м², яке зберігається протягом трьох та більше місяців та знаходиться поза залежності від наявності інших ознак ушкодження нирок.

Критерієм зниження функції нирок є рівень ШКФ,

який стандартизований на поверхню тіла та який знаходиться нижче нормальних показників – $90 \text{ мл/хв}/1,73 \text{ м}^2$.

ШКФ у межах $60\text{-}89 \text{ мл/хв}/1,73 \text{ м}^2$ розцінюють як початкове або незначне зниження. Для постановки діагнозу ХХН у цих випадках необхідна наявність також маркерів ниркового ушкодження. При їх відсутності ХХН не діагностується. Для осіб 65 років та старіше цей показник розглядають як варіант вікової норми. Осіб молодших відносять до групи ризику розвитку ХХН та рекомендують контроль стану нирок не рідше 1 разу на рік, активну профілактику ХХН.

Поняття ХХН не відміняє нозологічний підхід до діагностики захворювання нирок. Необхідно досягати ідентифікації конкретної причини розвитку ушкодження нирок для того, щоб встановити нозологічний діагноз та максимально рано почати відповідну етіологічну та патогенетичну терапію. У той же час концепція ХХН при різних нозологічних формах є універсальним інструментом для визначення ступеня порушення функції, розрахунку ризику розвитку термінальної ниркової недостатності та серцево-судинних ускладнень, планування та оцінки ефективності нефропротекторного лікування, підготовки та початку замісної ниркової терапії.

У 2009-2011 роках розроблено універсальний метод розрахунку ШКФ, який працює на будь-якій стадії ХХН та у представників всіх рас – порівняння СКД-ЕРІ.

Кожну стадію ХХН треба індексувати в залежності від виразності альбумінурії/протеїнурії; для випадків замісної ниркової терапії слід вказувати її вид – діаліз (Д) та трансплантація (Т).

Потрібний варіант вибирається в залежності від раси, статі та рівня креатиніну сироватки пацієнта.

Стратифікація стадій ХХН за рівнем ШКФ <i>KDIGO, 2013</i>		
Категорії, Стадії за ШКФ	ШКФ, мл/ хв./1,73 м ²	Опис
C1	≥ 90	Нормальна або висока
C2	60-89	Незначно знижена
C3a	45-59	Помірно знижена
C3б	30-44	Суттєво знижена
C4	15-29	Значно знижена
C5	<15	Термінальна ниркова недостатність

У кожного хворого з ХХН необхідно виконати дослідження рівня альбумінурії/протеїнурії, тому що цей показник має важливе значення для діагностики ХХН, оцінки прогнозу її перебігу, ризику серцево-судинних ускладнень, а також вибору тактики лікування.

Для оцінки альбумінурії/протеїнурії необхідно визначати її рівень у добовій сечі або відношення альбумін/креатинін, або загальний білок/креатинін у разовій, переважно ранковій порції сечі.

Дослідження екскреції альбуміну з сечею треба проводити з метою діагностики та моніторингу ХХН при відсутності протеїнурії у разових порціях сечі або рівні протеїнурії менше 0,5 г/доб.

Оцінка альбумінурії та протеїнурії KDIGO 2013			
Показник та метод оцінки	Норма або незначне підвищення (A1)	Значне підвищення (A2)	Висока та дуже висока (A3)
Альбумін в сечі			
Добова екскреція альбуміну (мг/добу)	≤ 30	30-300	≥300
ВАК# мг/г	≤ 30	30-300	≥ 300
ВАК мг/ммоль	≤ 3	3-30	≥ 30
Загальний білок в сечі			
Добова екскреція білку мг/добу	≤ 150	150-500	≥ 500
ВБК мг/г	≤150	150-500	≥ 500
ВБК мг/ммоль	≤15	15-50	≥50

Відношення альбумін/креатинін;

Відношення білок/креатинін.

Індексація альбумінурії/протеїнурії				
Індексація, опис та межі альбумін, мг, креатинін г				
A0	A1	A2	A3	A4
Оптимальна	Підвищена	Висока	Дуже висока	Нефротична
Менше 10	10-29	30-299	300-1999#	≥ 2000##

– відповідає протеїнурії за добу ≥ 0,5 г;

– відповідає протеїнурії за добу ≥ 3,5 г.

У хворих з А3-А4, що відповідає протеїнурії більше 0,5 г/л, для оцінки тяжкості ураження нирок замість дослідження альбумінурії можливо використовувати визначення загального білка у добовій сечі (добова протеїнурія) або відношення загальний білок/креатинін у ранковій порції сечі.

У хворих, які отримують лікування гемодіалізом або перитонеальним діалізом, необхідність у індексації альбумінурії/протеїнурії відсутня.

У кожному випадку ХХН треба ідентифікувати конкретну етіологічну причину (або причини) розвитку ушкодження нирок (нозології). У виключних випадках діагноз ХХН може бути встановлений без деталізації причини або до остаточної діагностики, або коли діагноз ниркового захворювання не можливо встановити, незважаючи на проведені обстеження.

В медичній документації на першому місці слід вказувати нозологічний діагноз та основні прояви захворювання; термін ХХН зі стадією за ШКФ, індексу альбумінурії/протеїнурії та вид ЗНТ відмічати після описання нозологічної форми.

Термін ХХН повинен бути відображенням у діагнозі після опису нозологічної форми та проявів основного ниркового захворювання.

Відповідність стадій ХХН кодам МКХ-10	
Стадії ХХН	Код МКХ-10
C1	N 18.1
C2	N 18.2
C3a	N 18.3
C3b	N 18.3
C4	N 18.4
C5	N 18.5

**Для визначення етіології ХХН використовують відповідний код захворювання.*

*** Кодом N18.9 визначаються випадки ХХН з неуточненою стадією.*

Фактори ризику розвитку ХХН:

Немодифіковані: похилий вік, чоловіча стать, мала маса тіла при народженні, расові та етнічні особливості.

Модифіковані: діабет, АГ, аутоімунні хвороби, хронічні системні інфекції, обструкція нижніх сечових шляхів, токсичність ліків, велике вживання білку, дисліпопротеїнемія, табакокуріння, ожиріння, метаболічний синдром, гіпергомоцистенемія, вагітність.

Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань при ХХН	
Традиційні фактори ризику	Нетрадиційні фактори ризику
– Діабет – Вік ч > 55, ж > 65 – Паління – Артеріальна гіпертензія – Чоловічий вік – Гіпертрофія лівого шлуночка – Інсулінорезистентність – Абдомінальне ожиріння – Гіперліпідемія – Сидячий спосіб життя – Наявність ХХН	– Некоригована анемія або необхідність в ЕПО в дозах > 150 МО/кг/тиждень – Порухення фосфор-кальцієвого обміну: – гіперфосфатемія, – гіперпаратиреоїдизм, – гіпо-/гіперкальціємія, – судинна кальцифікація) – Порухення харчового статусу – Хронічне запалення – Гіпергомоцистеїнемія – Оксидативний стрес – Гіперактивація СНС – Ендотеліальна дисфункція

Фактори прогресування ХХН:

Немодифіковані – похилий вік, чоловіча стать, расові та етнічні особливості, низька кількість нефронів при народженні

Модифіковані – активність основного патологічного процесу, високі рівні АТ, протеїнурії, поганий метаболічний контроль ЦД, ожиріння та метаболічний синдром,

дисліпопротеїнемія, табакокуріння, анемія, метаболічний ацидоз, порушення кальцій-фосфорного обміну, велика кількість вживання білку, солі, вагітність.

Всім особам з наявністю хоча б одного із факторів ризику ХХН треба проводити регулярне обстеження з визначенням ШКФ та рівня альбумінурії/протеїнурії не рідше 1 разу на рік.

Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань з урахуванням ураження органів-мішеней та супутніх хвороб при ХХН		
Фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні хвороби
Вік ч >55, ж >65	Гіпертрофія ЛШ	Цукровий діабет
Паління	Атеросклеротичні бляшки або потовщення стінок магістральних артерій	Епізоди ГКС, реваскуляризація
Дисліпідемія	Фібриляція передсердь	ГПМК або ТПМК в анамнезі
ССЗ в молодому віці в сім'ї	Позакісткова кальцифікація	ХСН
Абдомінальне ожиріння	Пульсовий тиск > 40 мм рт.ст.	Ураження периферійних судин
Артеріальна гіпертензія		МІА-синдром, ІІ тип
Гіперфосфатемія		
Гіперкальціємія		
Гіперпаратиреоз		
Нефротичний синдром		
Некоригована анемія або необхідність в ЕПО в дозах >150 МО/кг/тиждень		

Ступені ризику розвитку серцево-судинних подій у хворих на ХХН 5Д стадії, які лікуються гемодіалізом				
	Низький ризик	Помірний ризик	Високий ризик	Дуже високий ризик
Фактори ризику	1	2	3	>3
Ураження органів-мішеней	0	1	2	>2
Супутні хвороби	0	1	2	>2

Стадії хронічної хвороби нирок

			Альбуминурис		
			A1	A2	A3
			< 30 мг/g < 3 мг/ ммоль	30-300 мг/g 3-30 мг/ ммоль	> 300 мг/g > 30 мг/ ммоль
Швидкість клуб. фільтр. мл/хв/1,73м ²	C1	≥ 90			
	C2	60-89			
	C3a	45-59			
	C3b	30-44			
	C4	15-29			
	C5	<15			

Сучасна номенклатура ХХН, що використовується KDIGO	
ХХН	Категорії
Визначення	
ХХН	ХХН будь-якої стадії (1-5), з нирковим трансплантатом або без нього, включаючи недіалізну (діаліз-незалежну) ХХН (ХХН 1-5НД) і діаліз-залежну ХХН (ХХН 5Д)
ХХН НД	Недіалізна (діаліз-незалежна) ХХН будь-якої стадії (1-5), з нирковим Трансплантатом або без нього (таким чином, ХХН виключає ХХН 5Д)
ХХН Т	Діаліз-незалежна ХХН будь-якої стадії (1-5) з нирковим трансплантатом
Конкретні стадії ХХН	
ХХН 1, 2, 3, 4	Конкретні стадії ХХН, ХХН НД, ХХН Т
ХХН 3-4, і т.п.	Діапазон конкретних стадій (у даному випадку ХХН 3 і ХХН 4)
ХХН 5Д	Діаліз-залежна ХХН 5
ХХН 5ГД	Гемодіаліз-залежна ХХН 5
ХХН 5ПД	Перитонеально-діаліз-залежна ХХН 5

Коефіцієнти переведення метричних одиниць в одиниці СІ			
Параметр	Метричні одиниці	Коефіцієнт заміни	Міжнародні одиниці
Азот сечовини крові	мг/дл	0.357	ммоль/л
Креатинін (сироватка)	мг/дл	88.4	ммоль/л
Кліренс креатиніну	мл/хв	0.01667	мл/с

Примітка: метричні одиниці x коефіцієнт заміни = міжнародні одиниці.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

У формулюванні діагнозу за KDIGO 2013 вказується:

- основне захворювання;
- градація ШКФ;
- градація альбумінурії/протеїнурії.

1. Цукровий діабет 2 типу. Діабетична нефропатія. ХХН С1А1.

2. Гіпертонічна хвороба III стадія, 3 ст., дуже високий ризик. Гіпертензивний нефросклероз. ХХН С3а А1.

3. Фокально-сегментарний гломерулосклероз, нефротичний синдром. ХХН С 3а А 4.

4. Хронічний гломерулонефрит, ХХН, С 2, А 2.

5. IgA-нефропатія, ізольований сечовий синдром. ХХН С 3б А3. 5. Мембрано-проліферативний гломерулонефрит. Нефротичний синдром. ХХН 5Д (постійний гемодіаліз 12.05.2010).

6. IgA-нефропатія. Гостронефритичний синдром. Постійний гемодіаліз з 15.03.2010 по 17.04.2012. Аллотрансплантація нирки від донора-родича 18.04.2012. ХХН С 1 А 3Т.

7. ХХН неуточнена С5 А2.

При тимчасовій невизначеності конкретних причин ушкодження нирок, а також при неможливості уточнення етіологічного діагнозу.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

(За попередньою класифікацією)

1. ХХН II стадія, гломерулонефрит, сечовий синдром.

2. ХХН III стадія, гломерулонефрит, мембранозно-проліферативний (біопсія – дата), нефротичний синдром, загострення.

3. СЧВ, ХХН II стадія: люпус-нефрит (морфологічна

характеристика), вторинна артеріальна гіпертензія 2 ступеня, високого ризику.

4. Цукровий діабет 2 типу, ХХН III стадія: діабетична нефропатія, нефротичний синдром, вторинна артеріальна гіпертензія II ст. (АБ в сонній артерії), 3 ступеня, дуже високого ризику, анемія.

5. Геморагічний васкуліт, ХХН III стадія: гломеруло-нефрит псевдомембранознопроліферативний тип, вторинна артеріальна гіпертензія 2 ступеня, високого ризику, анемія.

6. Вторинний амілоїдоз (рак кишечника), ХХН III стадія: нефротичний синдром, анемія.

7. Гіпертонічна хвороба III стадія, 3 ступінь, дуже високого ризику. ХХН III стадія: гіпертензивна нефропатія, анемія.

8. ХХН V стадія.

9. Хронічна хвороба нирок V стадії: гломерулонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія III стадія, 2 ступінь, ризик 4 (дуже високий). Гіпертензивна енцефалопатія II стадії. СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, II ФК по NYHA. Анемія.

10. Хронічна хвороба нирок IV стадії. Вторинний, у ході хвороби Бехтерева, амілоїдоз нирок. Нефротичний синдром. Анемія.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– спостереження за хворими з залученням нефролога після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

– при ХХН I-III стадії для лікування основного захворювання і проведення ренопротекції;

відділення хронічного гемодіалізу:

– при ХХН IV, V ст.

1. Хворим, у яких вперше виявлено зниження ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м², з альбумінурією/протеїнурією А3-А4, неконтрольованою АГ показана консультація нефролога.

2. Пацієнти з ХХН повинні регулярно знаходитись під медичним наглядом за участю нефролога; частота спостережень залежить від тяжкості ХХН (стадій та індексу), хворі з С4-С5 стадіями ХХН знаходяться під наглядом у діалізному центрі за місцем проживання для підготовки до замісної терапії та її початку.

Основні показання до амбулаторної консультації нефролога:

– Вперше виявлені та підтверджені при повторному дослідженні: протеїнурія, альбумінурія 30 мг/добу, гематурія, зниження ШКФ менше 60 мл/хв/1,73 м², підвищення креатиніну або сечовини крові, артеріальна гіпертензія, яка виявлена у віці молодше 40 років або старіше 60 років, резистентна АГ, порушення концентраційної функції нирок, каналцеві порушення (ніктурія, поліурія, стійке зниження питомої ваги, глюкозурія при нормальному рівні глюкози крові) . Ознаки синдрому Фанконі, інших тубулопатій, резистентного рахіту у дитини, особливо у сполученні з порушеннями фізичного розвитку.

Основні показання до обстеження у нефрологічному відділенні:

– Олігоурія (діурез менше 500 мл/добу), анурія;
– Швидко прогресуюче зниження функції нирок (подвоєння рівня креатиніну менше ніж за 2 місяця).
– Вперше виявлене зниження ШКФ до рівня нижче 30 мл/хв. або рівня креатиніну крові 250 мкмоль/л для Ч

та 200 мкмоль/л для Ж.

- Нефротичний синдром (протеїнурія більше 3 г/добу, гіпоальбумінемія).

- Вперше виявлений виражений сечовий синдром (протеїнурія більше 1 г/добу).

Основні задачі нефрологічного відділення:

- Встановити нефрологічний діагноз.
- Уточнити стадію ХХН.
- Виявити ускладнення ХХН.
- Виявити супутні захворювання.
- Визначити можливі фактори ризику.
- Оцінити загальний та нирковий прогноз, швидкість подальшого прогресування ХХН та ризик серцево-судинних ускладнень.
- Визначити хворих з найближчою загрозою ТНН для постановки на у діалізованому центрі.
- Розробка тактики етіотропної, патогенетичної та нефропротекторної терапії.
- Надати хворому рекомендації з дієти та способу життя з метою зниження ризику прогресування ХХН та серцево-судинного ризику.
- Визначити тактику та частоту подальшого обстеження нефрологом.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ

Гломерулонефрит (ГН) – гетерогенна група імунно-запальних захворювань переважно клубочкового апарату нирок з різною клініко-морфологічною картиною, перебігом та наслідками.

За тривалістю захворювання до 12 тижнів, останнє визначають як ГГН, більше 12 тижнів – як хронічну форму захворювання.

Гострий гломерулонефрит – імунноопосередковане захворювання нирок, що проявляється протеїнурією різного рівня, яка може поєднуватися з гематурією (еритроцитурією) та циліндрурією, нефритичним чи нефротичним синдромом, які виникли на фоні повного здоров'я.

Класифікація ГН базується насамперед на морфологічних ознаках. Визначення морфологічних форм ГН дозволяє оцінювати особливості перебігу і прогноз захворювання, а також вибрати оптимальну тактику лікування. На підставі даних морфологічного дослідження тканини нирки, одержаної шляхом пункційної біопсії, серед первинних ГН виділяють:

1. Проліферативні форми:

- а) гострий дифузний проліферативний ГН;
- б) екстракапілярний (швидкопрогресуючий) гломерулонефрит із півмісяцями:
 - *ГН з імунними відкладаннями (антитільний ГН; імунокомплексний ГН);*
 - *малоімунний ГН;*
- в) мезангіопроліферативний гломерулонефрит:
 - *IgA-нефропатія;*
- г) мезангіокапілярний гломерулонефрит *I, II, III та IV типів.*

2. Непроліферативні форми:

- а) хвороба мінімальних змін (ГН із мінімальними змінами – «ліпоїдний нефроз»);
- б) мембранозний гломерулонефрит;
- в) фокально-сегментарний гломерулосклероз (*п'ять гістологічних варіантів хвороби – класичний, клітинний, перихілярний, колапсуючий, тір-варіант*).

Код за МКХ-10.

N 00 гострий нефритичний синдром, гломерулонефрит.

N 04 нефротичний синдром, виключено вроджений НС.

N 04.0 нефротичний синдром, незначні гломерулярні

ушкодження.

Н 04.4 нефротичний синдром, дифузний ендокапілярний проліферативний гломерулонефрит.

Н 04.9 нефротичний синдром, не уточнені зміни.

Н 01 швидко прогресуючий нефротичний синдром.

Н 03 первинний хронічний гломерулонефрит.

Н 08 вторинні гломерулярні пошкодження.

В формулюванні діагнозу на *гострий гломерулонефрит* вказуються: морфологічний варіант при наявності біопсії та основні клінічні синдроми (сечовий, нефритичний, нефротичний), а також наявність АГ.

При *хронічному гломерулонефриті* формулювання діагнозу відбувається через хронічну хворобу нирок, слово «хронічний» не пишуть, проводиться перелік всіх основних синдромів.

Вторинні гломерулярні ураження, обумовлені системними хворобами сполучної тканини: вовчаковий нефрит, системні васкуліти (вузликовий поліартеріїт, гранулематоз Вегенера, мікроскопічний поліангіїт, пурпура Шенлейн-Геноха, синдром Гудпасчера, системна склеродермія, тромботична мікроангіопатія та ін. При побудові діагнозу на початку вказується основне захворювання, а далі гостра чи хронічна форми гломерулонефриту.

Варіанти гломерулонефритів (KDIGO 2012)

1. Хвороба мінімальних змін у дорослих.
2. Ідіопатичний мембрано-проліферативний ГН.
3. Інфекційозалежний ГН.
4. ГН, пов'язаний із вірусом гепатиту С.
5. ГН, пов'язаний з вірусом гепатиту В.
6. ГН, пов'язаний з вірусом імунодефіциту.
7. Нефрит на тлі хвороби Шенлейн-Геноха.

Діагностика та рекомендовані клінічні дослідження

Л.А.Пиріг, Д.Д.Іванов, 2014

Морфологічна форма ГН	Критерії діагностики на підставі анамнезу	Лабораторні дослідження	Спеціальні дослідження
ГН (підгострий ГН)	Передуюча стрептококова інфекція	Зміни показників аналізу сечі	Динаміка аистрептолізину-О (АСЛО), антистрептогіа-луронідази (АСГ), анти- стрептокінази (АСК), антинікотинам і даденіндинуклеотидази (анти-НАД), анти-ДНКаз-и, що підвищуються через тиждень після інфекції, досягають пікових значень через місяць та поступово нормалізуються
Екстракапіляр-ний ГН	Виявлення ознак хвороб, при яких часто розвивається ШПГН (СЧВ, системні васкуліти, реакція на медикамент)	НС та швид-кий розви-ток ниркової недостатності	Антитіла до М-протеїнів. Біопсія нирки (для виклю-чення інших форм ХГН) Сироватковий умістанти-БМК- антитіл, АНЦА Біопсія нирки

IgA-нефропатія (МППН)	Виявлення ознак хвороб, при яких розвивається IgA-нефропатія (геморагічний васкуліт; хронічний алкоголізм), пухлини нирок, синдром Альпорта. доброякісна сімейна гематурія	Установлення клінічного синдрому – сечовий, нефротичний; макро- або мікрогематурії	Біопсія нирки
МКГН	Виявлення ознак хвороб, при яких розвивається МКГН (пухлини, ревматичні хвороби, інфекції тощо)	НС	Біопсія нирки
ГН з мінімальними змінами	Виявлення вторинного ГН із мінімальними змінами (рак кишечника, легень, лімфоми)	НС	Біопсія нирки (крім характерного для дитячого віку)
МН (мембранозний ГН)	Виявлення ознак хвороб, при яких розвивається МН. Гепатит В. С, малярія, туберкульоз, шисто- зомоз, філяріоз, сифіліс; пухлини, ліки (О-пеніциламін. препарати золота, НПЗП, каптоприл)	Виявлення НС	Біопсія нирки
ФСГС	Рефлюкс-нефропатія, гіпоплазія, патологічне ожиріння, гіперліпідемії, ЦД, АГ, ішемія нирок	НС	Біопсія нирки

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. ХХН ІІ стадія: фокально-сегментарний гломеруло-склероз (дата нефробиопсії), нефротичний синдром, вторинна артеріальна гіпертензія ІІ ст. (ГЛШ), 3 ступеня, дуже високий ризик, анемія (код за МКХ-10 – N 04.1).

За новою класифікацією Хронічний гломерулонефрит, фокально-сегментарний гломеруло-склероз (дата нефробиопсії), нефротичний синдром, вторинна артеріальна гіпертензія ІІ ст. (ГЛШ), 3 ступеня, дуже високий ризик, ХХН С2, А3, анемія.

2. ХХН І стадія: гломерулонефрит, нефротичний синдром, вторинна артеріальна гіпертензія 2 ступеня, високий ризик (код за МКХ-10 – N 04).

За новою класифікацією: Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром, вторинна артеріальна гіпертензія 2 ступеня, високий ризик ХХН С1А3.

3. ХХН І стадія: гломерулонефрит, сечовий синдром.

За новою класифікацією хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром, ХХН С1А1.

4. Гострий гломерулонефрит: сечовий синдром, гематуричний компонент (код за МКХ-10 – N 00).

5. Гострий гломерулонефрит, нефритичний синдром. (код за МКХ-10 – N 00).

6. Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром. (код за МКХ-10 – N 04.9).

7. Гострий гломерулонефрит (дифузний проліферативний), нефротичний синдром.

8. Швидко прогресуючий гострий постстрептококовий гломерулонефрит, нефротичний синдром. (код за МКХ-10 – N 01).

9. Гострий постстрептококовий проліферативний гломерулонефрит. Нефротичний синдром. Вторинна артеріальна гіпертензія І ст. 2 ступеня, високого ризику. Без порушення функції нирок.

10. СЧВ: люпус-нефрит (морфологічна характеристика), вторинна артеріальна гіпертензія 2 ступеня, дуже високого ризику. ХХН С ЗА 2.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Стаціонарне лікування:

- при гострому гломерулонефриті;
- загостренні хронічного гломерулонефриту.

Показанням до госпіталізації при ГН в нефрологічне відділення є формування (наявність) нефритичного чи нефротичного синдромів, швидкопрогресуючого ГН:

- для підтвердження діагнозу;
- для проведення основного курсу терапії максимальними дозами ГК і/чи цитостатиків;
- не корегована артеріальна гіпертензія;
- для надання термінової медичної допомоги при невідкладних станах.

Амбулаторне лікування:

- спостереження за хворими після стаціонарного лікування та в період ремісії з залученням нефролога.

Диспансеризація

Диспансерний нагляд пацієнтів з ГН проводиться нефрологом та дільничним терапевтом або сімейним лікарем.

Дільничий терапевт/сімейний лікар повинен контролювати:

- дотримання рекомендацій нефролога;
- досягнення цільового АТ;
- рівень натрію, калію, гемоглобіну, вміст кальцію, фосфору;
- рівень добової втрати білку;
- цільові рівні ліпідного обміну;
- функціональний стан нирок;

- виникнення побічних ефектів та ускладнень лікування;
- усунення чинників, що сприяють погіршенню стану (хронічні вогнища інфекції, шкідливі звички і т.п.;
- ремісії з залученням нефролога.

ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ ТА НИРОК

Інфекції сечової системи (ІСС) – наявність клінічних ознак запалення внаслідок бактеріальної колонізації сечової системи без визначення топіки ураження (нирки, сечовий міхур і/або уретра).

Код за МКХ-10: N 30 – цистит,

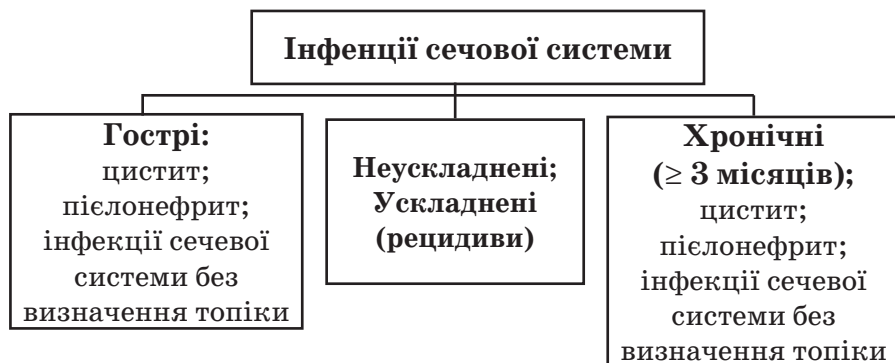
N 30.0 – гострий цистит,

N 11.0 – необструктивний хронічний пієлонефрит,

N 11.1 – хронічний обструктивний пієлонефрит,

N 10 – гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

Класифікація інфекцій сечової системи, ЕАУ, 2006



Критерії не ускладнених та ускладнених ІСС		
Критерії	Неускладнені	Ускладнені
Демографічні	Молоді не вагітні жінки	Чоловіки будь-якого віку та жінки похилого віку
Стан сечовивідних шляхів	Анатомічні та функціональні аномалії відсутні	Анатомічні та функціональні порушення
Інвазивні урологічні процедури	Немає	Цистоскопія, уретроскопія, катетеризація нирки та інші ендоеуретральні маніпуляції
Супутні захворювання	Відсутні	Сечокам'яна хвороба, кісти нирок, цукровий діабет, гіперплазія передміхурової залози та інші
Репродуктивний статус	Сексуальна активність жінки	Вагітні, постменопаузальний період
Збудники	Переважно один	Може бути мікстинфекція
Лікування	Амбулаторне	Стаціонарне

Класифікація ризик факторів <i>EAU, 2011</i>	
Категорія	Приклад
Невідомий/асоційований із РФ	Здорові жінки в пременопаузі
РФ рецидиву, що не пов'язані з несприятливим прогнозом	Сексуальна активність та методи контрацепції, гормональний дефіцит у постменопаузі, секреторний тип деяких груп крові, контрольований ЦД
Екстраурогенітальні РФ із ризиком або більш несприятливим закінченням	Вагітність, чоловіча стать, погано контрольований ЦД, імуносупресія, захворювання сполучної тканини и передчасні пологи
Хронічні хвороби нирок із ризиком несприятливого закінчення	Ниркова недостатність, полікістоз нирок
Урологічні РФ і з ризиком або більш несприятливим закінченням, що можуть бути ліквідовані при проведенні терапії	Уретральні обструкції (конкременти, стриктури, тимчасові катетери, асимптоматична бактеріурія, контрольована дисфункція сечового міхура, урологічні втручання)
Постійний сечовий катетер та неусувні урологічні РФ і з ризиком більш несприятливого закінчення	Тривала терапія за допомогою катетера, неусувна обструкція, погано контрольований нейрогенний сечовий міхур

ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Цистит – гострий або хронічний запальний процес лише слизового шару сечового міхура або слизового або підслизового та м'язового шарів відповідно.

Уретрит – запалення слизової оболонки сечовивідного каналу.

Безсимптомна бактеріурія – наявність мікроорганізмів у титрі у 10 тис. КУ в 1 мл сечі без наявності клінічних ознак захворювання.

ІНФЕКЦІЇ НИРОК

Гострий пієлонефрит – перший епізод ураження інтерстицію нирки бактеріальної етіології.

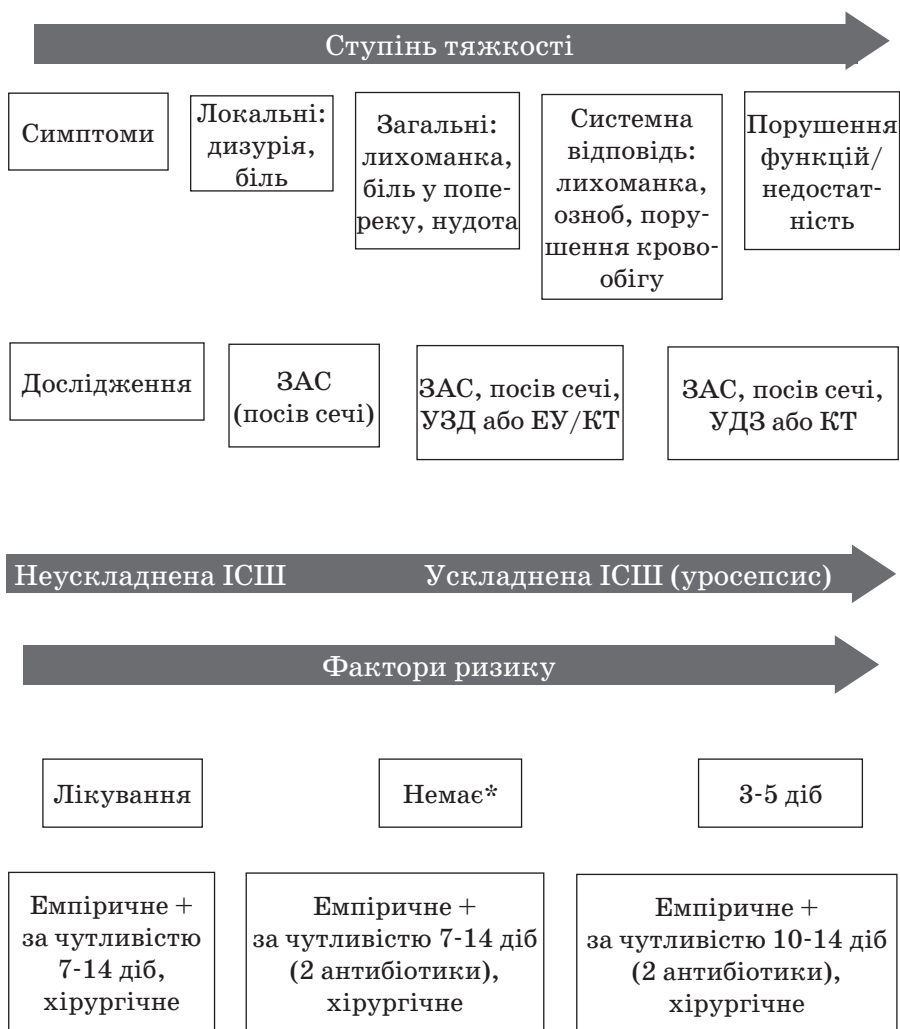
Хронічний пієлонефрит – інфекційно індуковане вогнищеве запалення інтерстицію нирок з формування осередків нефросклерозу, поступовому ураженню усіх структур нефрону.

Європейська асоціація урологів EAU пропонує наступну класифікацію ІСШ та алгоритм дій:

Клінічні прояви		
Уретрит Цистит Пієлонефрит Уросепсис Ураження	Рівні тяжкості (1-6)	
	1. Цистит 2. Пієлонефрит 3. Тяжкий пієлонефрит 4. Уросепсис (синдром системної запальної реакції) 5. Уросепсис (порушення функції) 6. Уросепсис (ниркова недостатність)	Фактори ризику (ОПЕНУК) О: немає Р: рецидивуючі інфекції Е: екстраурогенітальні Н: нефрологічні У: урологічні К: катетер-зумовлені

Критерії встановлення діагнозу інфекції сечовивідних шляхів відповідно до настанови Європейської асоціації урологів 2013 р.		
Нозологія	Клінічні симптоми	Лабораторні дані
Гострий цистит	Дизурія, часті болючі сечовипускання, біль над лоном, відсутність таких проявів про- тягом попередніх 4 тижнів	Лейкоцитурія ≥ 10 мм ³ ; КУО $\geq 10^3$ /мл
Гострий не- ускладнений пієлонефрит	Лихоманка, озноб, біль у животі або по- переку за відсутності інших діагнозів та урологічних вад роз- витку	Лейкоцитурія ≥ 10 мм ³ ; КУО $\geq 10^4$ /мл
Ускладне- ні інфекції сечовивідних шляхів	Будь-які поєднан- ня зазначених вище симптомів за наявнос- ті факторів ризику	Лейкоцитурія ≥ 10 мм ³ ; КУО $\geq 10^{4.5}$ /мл
Безсимптомна бактеріурія	Клінічні симптоми відсутні	Лейкоцитурія ≥ 10 мм ³ ; КУО $\geq 10^5$ /мл у 2 культу- рах, узятих з інтервалом > 24 годин
Рецидивуючі ІСШ (анти- біотикопрофі- лактика)	Як мінімум 3 епізоди неускладненої ІСШ, підтверджені бактері- альними дослідження- ми, протягом останніх 12 міс. Тільки для жіночої статі. Від- сутність структурних або функціональних порушень	Лейкоцитурія ≥ 10 мм ³ ; КУО $< 10^4$ /мл

*Примітки: КУО - колонієутворювальна одиниця;
ІСШ - інфекція сечовивідних шляхів.*



*Примітки: ЗАС - загальний аналіз сечі; УЗД - ультразвукове дослідження; ЕУ - екскреторна урографія; КТ - комп'ютерна томографія; ІСШ - інфекції сечовивідних шляхів; *За винятком вагітності і підготовки до урологічної операції.*

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Аномалії розвитку сечової системи – вроджене відхилення структури та/або функції органів сечової системи.

Класифікація аномалій: аномалії ниркових судин (кількості й розташування), уроджені артеріо-венозні фістули, аномалії ниркових вен, аномалії кількості нирок, аномалії величини нирок, аномалії розташування і форми нирок, зрощення нирок, аномалії структури нирок, кісти нирок, чашечно-медулярні аномалії, аномалії мікроструктури нирок.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гострий неускладнений пієлонефрит.
2. Гострий ускладнений пієлонефрит (після цистоскопії).
3. Сечокам'яна хвороба (кораловий камінь миски лівої нирки), уратна кристалурія. (N 20.0).
4. Уратно-оксалатна кристалурія, ускладнений хронічний пієлонефрит, загострення. ХХН С I, А I.
5. Аномалія розвитку нирок (подвоєння чашково-мискової системи, гіпоплазія лівої нирки), вторинна артеріальна гіпертензія II ст. (ГЛШ), 3 ступеня, дуже високого ризику. ХХН С II ст., А I.
6. Хронічний пієлонефрит неускладнений у фазі загострення. ХХН С I AI:
7. Хронічний пієлонефрит ускладнений у фазі загострення, вторинна артеріальна гіпертензія II ст.. 2 ступеня, високого ризику. ХХН С III А, А I.
8. Хронічний пієлонефрит ускладнений, артеріальна гіпертензія 3 ступеня, дуже високого ризику, анемія. ХХН III С, А I.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Об'єм та рівень надання медико-профілактичної допомоги хворим на пієлонефрит визначається наявністю ускладнюючих факторів та активністю запального процесу.

Амбулаторне лікування:

- неускладнені інфекції нирок гострі або хронічні в період загострення;
- спостереження за хворими з залученням уролога у фазі ремісії та після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

- ускладнені інфекції нирок в період загострення з активністю II-III ступеня,
- за неефективності призначеної пероральної терапії впродовж 3 діб.

Показання до госпіталізації при аномаліях розвитку сечової системи

Урологічний стаціонар:

- за неможливості амбулаторного виконання магніто-резонансної чи комп'ютерної томографії, ангіографії судин;
- макрогематурія;
- необхідність оперативного лікування;

Нефрологічний стаціонар:

- за неможливості корекції АТ в амбулаторних умовах.
- рецидивуючий перебіг пієлонефриту;
- ХХН III-IV стадії.

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Код за МКБ-10 – N 20.0 (камені нирок).

Показання до госпіталізації при нефролітіазі:

- наростаюча обструкція нирки;
- обтураційна анурія;

- гостра ниркова недостатність;
- біль, що вимагає парентерального введення аналгетиків;
- ниркова колька і пов'язані з нею нудота, блювання, суттєве погіршення загального стану;
- камінь єдиної нирки;
- азотемія, яка наростає на тлі ниркової кольки, на тлі загострення пієлонефриту;
- лихоманка, лейкоцитоз або бактеріурія.

ТУБУЛО-ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИЙ НЕФРИТ

Тубуло-інтерстиціальний нефрит (ТІН) – гетерогенна група неспецифічних уражень канальців і інтерстиціальної тканини нирки з наступним поширенням запального процесу на всі структури ниркової тканини інфекційного, алергічного або токсичного генезу, що характеризується гострим або хронічним перебігом.

Загально визначеної класифікації ТІН не існує, виділяють гострий ТІН з тривалістю процесу до 3 місяців та хронічний ХТІН – понад 3 місяці. В діагнозі вказують причину, клінічний синдром, та функціональний стан нирок.

Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит

ГТІН – гостре пошкодження нирок, що розвинулось внаслідок інтерстиціального запалення

Код за МКХ-10: N 10.

За етіологією:

- застосування лікарських препаратів;
- пряма ушкоджуюча дія інфекції;
- токсичні речовини хімічного та рослинного походження;
- системні захворювання: імунні хвороби (СЧВ, криза відторгнення трансплантата, грануломатоз Вегенера

та ін.), метаболічні зрушення (підвищення в крові уратів, оксалатів, калію, кальцію), лімфопроліферативні хвороби;
– ідіопатичний гострий інтерстиціальний нефрит.

За варіантами перебігу:

1. *Розгорнута форма* (лихоманка, еозинофілія, креатиніємія, підвищення АТ, гіпоізостенурія 3-4 місяці, АТ нормалізується наприкінці 1-го тижня, креатиніємія – через 2-4 тиж.).

2. *Класична форма гострої ниркової недостатності* (ТІН з анурією та ростом креатиніємії відповідно до тривалості анурії).

3. *ТІН на фоні іншого хронічного ниркового захворювання* (залежно від патології).

4. *Абортивна форма* (анурія відсутня, рано з'являється поліурія, азотемія не висока, короткочасна, концентраційна функція поновлюється через 1,5 місяця).

5. *Вогнищева форма* (зі стертою симптоматикою – гіперкреатиніємія відсутня або не вище 0,3 ммоль/л, падіння ШКФ у межах 40 мл/хв, швидко з'являється поліурія зі зменшеною питомою вагою сечі).

ХРОНІЧНИЙ ТУБУЛОІНТЕРСТИЦІАЛЬНИЙ НЕФРИТ

Код за МКХ-10: N 11.

За етіологією:

- ліки;
- імунноопосередковані хвороби;
- інфекції;
- хвороби гемопоезу: гемоглобінопатії, лімфопроліферативні хвороби, плазмоклітинні дисплазії;
- метаболічні порушення (гіперурикемія, гіпероксалаємія, цистеноз, гіперкальціємія);

- інтоксикація солями важких металів (кадмій, ртуть);
- ендемічні ТІН;
- хвороби ниркового дизембріогенезу;
- спадкові хвороби;
- радіаційне ураження;
- ідіопатичний.

За перебігом:

- первинний хронічний ТІН (виникає в інтактній нирці);
- вторинний хронічний ТІН (супроводжує будь-яке інше ураження нирок).

ПРИКЛАДИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

1. Гострий медикаментозний тубулоінтерстиціальний нефрит, ГНН І ст.

2. Гострий ідіопатичний тубулоінтерстиціальний нефрит, ГНН ІІ ст.

3. ХХН ІІІ стадія: первинний ідіопатичний тубулоінтерстиціальний нефрит, фаза загострення, вторинна артеріальна гіпертензія ІІ ст. (ГЛШ), 2 ступеня, анемія.

4. ХХН ІІ ст.: первинний тубулоінтерстиціальний нефрит внаслідок дії солей кадмію, фаза загострення, сечовим синдромом.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- спостереження за хворими з залученням нефролога у фазі нестійкої ремісії, ремісії та після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

- гострий ТІН;
- загострення хронічного ТІН.

Дисметаболические нефропатии (ДН)

До дисметаболических нефропатий відносять захворювання, які характеризуються інтерстиціальним процесом в нирках внаслідок порушення обміну речовин.

Шифр за МКХ-10:

Н 20 Камені нирки і сечоводу.

Н 25 Порушення внаслідок дисфункції канальців нирки – дисметаболическа нефропатія.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Дисметаболическа нефропатія (гіпероксалури́я).
2. Дисметаболическа нефропатія (оксалатно-уратна).

Цукровий діабет

Стадії діабетичної нефропатії			
Стадія	Категорія нефропатії	Характеристика протеїну́рії	Артеріальний тиск
I	Гіперфункція/гіпертрофія	Гломерулярна гіперфільтрація	Нормальний
II	Альбуміну́рія	30-300 мг/добу	Нормальний підвищений
III	Альбуміну́рія/початкова ДН	300-500 мг/добу	Підвищений
IV	Альбуміну́рія/клінічна ДН	Понад 500 мг/добу	Підвищений
V	Хронічна ниркова недостатність		

Гіперфункція нирок у першій стадії – не є стабільним станом, тому перша функціональна стадія в діагноз не виноситься, а являється важливим фактором прогресування ХХН.

– Прийнято діагностувати ДН з другої стадії – появи альбуміну́рії.

Формулювання діагнозу:

1. ХХН, діабетична нефропатія, стадія II.
2. ХХН, діабетична нефропатія, стадія V.

ГОСТРА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Гостра ниркова недостатність (ГНН) – поліетіологічний синдром, зумовлений швидким, множинним, потенційно зворотним порушенням основних функцій нирок внаслідок розладу внутрішньониркового кровотоку, виникнення гострого канальцевого некрозу, частіше з олігоанурією. Код за МХ-10 – N 17.

Етіологічна класифікація ГНН:

- преренальна (гемодинамічна, ішемічна ГНН, шокова нирка);
- ренальна (захворювання нирок – гломерулярні, тубулоінтерстиціальні);
- постренальна (обструкція сечових шляхів та порушення уродинаміки);
- аренальна.

Стадії ГНН:

1. короткочасна початкова (шокова);
2. олігоанурична (2-3 тижні);
3. відновлення діурезу з фазами початкового діурезу (5-10 днів) та його надміру – поліурії;
4. одужання (з моменту зникнення гіперазотемії).

ГОСТРЕ ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК (ГПН)

ГПН визначають як синдром раптового (в більшості випадків розвивається протягом 1-7 днів) та тривалого (більше 24 годин) зниження функції нирок.

Термін «гостра ниркова недостатність» застосовують при такому гострому пошкодженні нирок, яке потребує проведення гемо діалізу.

Гостре пошкодження нирок (KDIGO 2012) визначається як:

– підвищення SCr на $\geq 0,3$ мг/дл ($\geq 26,5$ мкмоль/л) протягом 48 годин або

– підвищення SCr до 1,5 разів у зрівнянні з початковим рівнем, якщо ця інформація є, або передбачається, що це виникло протягом 7 діб., або об'єм сечі менше 0,5 мл/кг/год за 6 годин.

Стадії ГПН		
	Креатинін крові	Критерії утворення сечі
Стадія I	У 1,5-1,9 разів вище вихідного рівня або підвищення $\geq 0,3$ мг/дл ($\geq 26,5$ мкмоль/л)	Діурез $< 0,5$ мл/кг/год протягом 6-12 годин
Стадія II	У 2,0-2,9 рази вище вихідного	Діурез $< 0,5$ мл/кг/год протягом ≥ 12 годин
Стадія III	У 3,0 рази вище вихідного або до $\geq 4,0$ мг/дл ($\geq 353,6$ мкмоль/л або початок замісної терапії або у хворих до 18 років ШКФ менше 35мл/хв./1,73м ²	Діурез $< 0,5$ мл/кг/год за ≥ 24 г або анурія протягом 24 годин

ПРИКЛАДИ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ

1. Гострий тубулоінтерстіціальний нефрит на приєм диклофенаку, гостре ушкодження нирок II ст. від 16.04.15, повне одужання.

2. Сечокам'яна хвороба, конкремент правої нирки, гостре обструктивне пошкодження нирок І ст. від 18.05 14.

3. Харчова токсикоінфекція, гостре об'ємзалежне пошкодження нирок ІІІ ст. від 16.03.15, повне одужання.

4. Постренальна ГНН, стадія ІІІ анурії (від 20.10.15) на тлі гострого вторинного калькульозного пієлонефриту (конкременти середньої третини сечоводів).

5. Ренальна ГНН (від 13.10.15), стадія олігоурії на фоні швидкопрогресуючого люпус нефриту, нефротичний синдром, злаякісна нефрогенна артеріальна гіпертензія 3 ступеня, дуже високого ризику.

6. Ренальна ГНН, стадія анурії (від 02.10.15), стадія відновлення діурезу, фаза поліурії (від 08.10.12) на фоні гострого (медикаментозного) тубулоінтерстиціального нефриту.

7. Преренальна ГНН, стадія анурії (від 14.10.15) на тлі лихоманки нез'ясованого генезу.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– спостереження за хворими з залученням нефролога після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

– усі пацієнти з діагнозом ГПН потребують стаціонарного спостереження та лікування, яке полягає в усуненні етіологічного фактору розвитку ГПН, профілактики розвитку і лікуванні ускладнень. При ГПН І ст. важкості – перебування у профільному відділенні за етіологією, при ІІ – ІІІ ст. важкості – у відділенні реанімації.

ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ

Ахалазія кардії (Код МКБ-10: К 22.0) – хронічне нервово-м'язове захворювання, при якому є перешкода проходженню їжі по стравоходу, внаслідок порушення перистальтики та відсутність розкриття кардії під час ковтання.

Класифікація

I стадія – рання (Зміс.) – функціональний тимчасовий спазм кардії без розширення стравоходу.

II стадія – стабільного розширення стравоходу і підсилення моторики стінок (10-15 міс.).

III стадія – рубцевих змін кардії з вираженим постійним розширенням стравоходу і функціональними розладами тонусу та перистальтики (десятиліття).

IV стадія – ускладнення з органічним ураженням дистального відділу стравоходу, езофагітом та периезофагітом. Одним із ускладнень є рак стравоходу.

МКХ-10

Функціональні розлади стравоходу:

- Функціональний ком в горлі (К 22.4 А 1).
- Функціональне зригування (К 22.4 А 2).
- Функціональний біль у стравоході (К 22.4. А 3).
- Функціональна печія (К 22.4 А 4).
- Функціональна дисфагія (К 22.4 А 5).
- Неуточнені функціональні розлади (К 22.4 А 6).

Римські критерії IV	
А. Езофагальні розлади	А1. Функціональний біль за грудниною
	А2. Функціональна печія
	А3. Рефлексна гіперчутливість
	А4. Ком у горлі
	А5. Функціональна дисфагія

Діафрагмальна грижа (кила)

Діафрагмальна кила отвору діафрагми – зміщення органів черевної порожнини в грудну порожнину чи в заднє межистіння через розширений отвір у діафрагмі вродженого або набутого характеру.

ГАСТРО-ЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА

Наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943

Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – розвиток характерних симптомів та/або запальне ураження дистальної частини стравоходу як слідство закиду до стравоходу шлункового вмісту.

ГЕРХ включає до себе як езофагіт, так і клінічні прояви гострого езофагального рефлюксу без езофагіту. Це дуже важливе положення, тому що дозволяє лікарю використовувати діагноз ГЕРХ у тих випадках, коли при ендоскопічному дослідженні відсутні зміни стравоходу, але є типові скарги.

Класифікація ГЕРХ

1. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба без езофагіту (МКХ-10: К 21.9).

2. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба із езофагітом (МКХ-10: К 21.0).

Позастравохідні прояви:

- ротоглобочні;
- респіраторні;
- псевдокардіальні;
- кардіальні.

Ендоскопічне дослідження дозволяє визначити стан слизової оболонки. При відсутності її ураження діагностується неерозивна форма. При наявності ураження – ерозивна форма, ступінь тяжкості якої визначається за Лос-Анджелеською класифікацією.

Ступені рефлюкс-езофагіту згідно Лос-Анджелеської класифікації:

А – Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною не більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки.

В – Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких довжиною більше 5 мм, обмежене складками слизової оболонки, що не зливаються проміж собою (складками).

С – Одне або декілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, яке розташоване по складках та між ними, але займає менше 75% окружності стравоходу.

Д – Пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплює 75% і більше його окружності.

Ускладнення ерозивної ГЕРХ: кровотечі, стриктури, стравохід Баретта, медіастеніт, перфорація стравоходу, непрохідність стравоходу, виразка стравоходу.

Міжнародна ендоскопічна класифікація ГЕРХ (Savary-Miller)

I ступінь – еритема дистального відділу стравоходу, ерозії відсутні, поодинокі ерозії;

II ступінь – кілька ерозій на декількох ділянках сли-

зової стравоходу, що можуть зливатися та займають 20% кола стравоходу;

ІІІ ступінь – ерозії або виразки займають 50% кола стравоходу;

ІV ступінь – множинні зливні ерозії, які заповнюють 100% кола стравоходу;

V ступінь – ускладнення (виразка, стриктура та фіброз стравоходу, короткий стравохід, стравохід Баретта).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Ахалазія кардії II стадії.
2. Ахалазія кардії IV стадії, ускладнений перебіг. Дефіцит маси тіла (ІМТ 14 кг/м²).
3. Функціональний ком у горлі.
4. Функціональна печія.
5. Функціональна дисфагія.
6. Рефлексна гіперчутливість.
7. Ковзна кила стравохідного отвору діафрагми з езофагітом ступеня В.
8. Дивертикул стравоходу набутий, ускладнений порушенням прохідності стравоходу.
9. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба, без езофагіту, фаза ремісії.
10. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба, з езофагітом, ступінь А.
11. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба, з езофагітом, ступінь D, хронічна виразка стравоходу.
12. Гастро-езофагальна рефлюксна хвороба, з езофагітом, ступінь D, ускладнена стравоходом Баретта, з низьким ступенем дисплазії.
13. ГЕРХ з езофагітом ступінь D, рефлюкс-індукована бронхіальна астма.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування абсолютної більшості хворих з функціональними захворюваннями, при ГЕРХ 1-2 рази на рік консультація гастроентеролога, за показаннями – кардіолога, при дивертикулах, ахалазії, килі – консультація хірурга.

Стационарне лікування: здійснюється при наявності ускладнень або необхідності хірургічного лікування
терапевтичне відділення:

– при наявності тяжкої соматичної супутньої патології;

хірургічне відділення:

– при наявності ускладнень ГЕРХ у вигляді пептичної виразки, стриктури, кровотечі, стравохід Баретта або потреба у ендоскопічному/ хірургічному лікуванні ГЕРХ.

Пацієнти з ГЕРХ повинні знаходитись на диспансерному обліку з оглядом 1 раз на рік або на вимогу. Огляд проводиться всім пацієнтам з ГЕРХ для виявлення трижовжних симптомів, оцінки обтяжуючих факторів, вирішення питання про доцільність проведення додаткового обстеження.

КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Римські критерії III, 2006

В1. Функціональна диспепсія

В1а. Постпрандіальний дистрес-синдром

В1б. Епігастральний больовий синдром

В2. Хвороби, що супроводжуються відрижкою

- B2a. Аерофагія**
B2б. Непояснена надмірна відрижка
B3. Хвороби, що супроводжуються функціональною нудотою та блюванням
B3а. Хронічна ідіопатична нудота
B3б. Функціональне блювання
B3в. Синдром циклічного блювання
B4. Румінаційний синдром дорослих

**Діагностичні критерії захворювань,
які супроводжуються відрижкою**
Римські критерії III, 2006

B2a. Діагностичні критерії* для аерофагії повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

- відрижка, що завдає незручності та повторюється кілька разів на тиждень;
- заковтування повітря, яке було об'єктивно визначене або виміряне.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

B2б. Діагностичні критерії * для невизначеної надмірної відрижки повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

- відрижка, що завдає незручності та повторюється кілька разів на тиждень;
- немає доказів стосовно того, що в основі скарги лежить надмірне заковтування повітря.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

**Діагностичні критерії захворювань,
які супроводжуються нудотою та блюванням
*Римські критерії III, 2006***

В3а. Діагностичні критерії * для хронічної ідіопатичної нудоти повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

- блювання, що завдає незручності та повторюється кілька разів на тиждень;
- не завжди асоційована з блюванням;
- відсутність патологічних змін, засвідчена результатами верхньої ендоскопії, або метаболічних порушень, котрі могли б пояснити походження нудоти.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

В3б. Діагностичні критерії * для функціонального блювання повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

- один або більше епізодів блювання на тиждень;
- брак даних до порушення процесу травлення, румінацію або психічну хворобу;
- відсутність самоіндукованого блювання та хронічного використання канабіноїдів, а також патології з боку центральної нервової системи або метаболічних порушень, котрі могли б пояснити походження блювання.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

В3в. Діагностичні критерії * для синдрому циклічного блювання повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

- типові епізоди блювання щодо початку (гострого) та частоти (менш, ніж раз за тиждень);
- три або більше епізодів за минулий рік;
- відсутність нудоти та блювання між епізодами.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

Підтверджувальний критерій:

Дані анамнезу або сімейна схильність до розвитку мігрені.

Діагностичні критерії для румінаційного синдрому *Римські критерії III, 2006*

В4. Діагностичні критерії * для румінаційного синдрому повинні містити всі з наведених нижче критеріїв:

– персистуюча або рецидивуюча регургітація в порожнину рота щойно з'їденої страви з подальшим пережовуванням та ковтанням або випльовуванням;

– регургітація, що не спричинена блюванням.

**Критерії відповідають вимогам, якщо скарги «активні» протягом останніх 3-х міс. з початком захворювання щонайменше 6 міс.*

Підтверджувальні критерії:

– нудота зазвичай не передуює регургітації;

– патологічний процес зупиняється, якщо регургітаційні маси набувають кислої рН;

– регургітаційні маси містять залишки їжі, що мають приємний смак.

**Румінаційний синдром – дуже рідкісна патологія.*

Римські критерії IV, 2016

Функціональні гастроінтестинальні розлади – розлади взаємодії головного мозку – шлунково-кишкового тракту. Критерії базуються на клінічних симптомах, що дозволяє виставити первинний діагноз, синдром перехрестя функціональних порушень – офіційно затверджений термін.

**Функціональні гастроінтестинальні
розлади взаємодії ШКТ-ЦНС**
Римські критерії IV

В. Гастро- дуоденаль- ні розлади	В1. Функціо- нальна диспеп- сія (ФД)	В1а. Постпрандіальний дистрес синдром (ПДС)
		В1.б. Епігастральний больовий синдром (ЕБС)
	В2. Розлади від- ригування	В2.а. Надмірна супрага- стральна відрижка
		В2.б .Надмірна відриж- ка шлунка
	В3. Розлади нудоти та блю- вання	В3.а. Синдром хронічної нудоти та блювання
		В3. В. Синдром цикліч- ної нудоти та блювання
	В4. Румінацій- ний синдром	

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ

Наказ МОЗ України від 30.08 2010 № 600

Диспепсія характеризується абдомінальними болями або дискомфортом у верхній частині живота з присутністю або відсутністю таких симптомів як нудота, почуття насичення та переповнення. Всі ці явища можуть мати або не мати зв'язку з прийомом їжі.

Функціональна диспепсія – функціональне захворювання шлунка, яке проявляється диспепсичним синдромом при відсутності структурних уражень слизової оболонки

(ерозія, виразка, пухлина тощо) або ознак її запалення, а також іншої патології органів травлення.

МКХ-10 – К 30

Класифікація функціональної диспепсії

Варіанти:

- з больовим епігастральним синдромом,
- постпрандіальний дістрес синдром.

У випадках, коли є тільки клінічні прояви захворювання, а інструментальні дослідження не проводилися, або *недоцільні* **діагноз формулюється як недосліджена диспепсія.**

При наявності клінічних симптомів, результатів ендоскопічного дослідження без ознак запалення або ушкодження слизової оболонки (СО) та відсутності гістологічного дослідження біоптату СО, **діагноз формулюється як функціональна диспепсія.**

Римські критерії IV

Функціональна диспепсія – симптомокомплекс, який характеризується наявністю таких симптомів:

- Відчуття переповнення в епігастральній ділянці, яке лишає хворого відчуття спокою, більше 3 разів на тиждень.
- Біль або печія в епігастрії 1 раз на тиждень протягом останніх 3 місяців при загальній тривалості не менше 6 місяців, які лишають хворого спокою.
- Відсутність у пацієнта органічних хвороб, які пояснювали виникнення цих симптомів.

Постановка діагнозу: скарги, анамнез, тестування на *H.pylori*. Діагноз може бути встановлено первинно.

ФД при наявності органічних захворювань – вторинна.

Наступні ознаки вказують на наявність органічної патології:

- Спадковість, обтяжена щодо раку шлунка (у осіб молодше 50 років).
- Тяжкі або персистуючі диспептичні симптоми.
- Попередній діагноз пептичної виразки достовірно підтверджений.
- Прийом НПЗЗ.
- Нез'ясовне зниження ваги тіла.
- Гастроінтестинальні кровотеча.
- Анемія.
- Дисфагія (порушення ковтання).
- Поперхування їжею або нічна аспірація.
- Тривале (що повторюється) блювання.
- Новоутворення в черевній порожнині, що пальпується.

Анкета для відбору пацієнтів, яким необхідно проводити ендоскопію, Шкала обтяжуючих факторів:	
Обтяжуючий фактор	Кількість балів
Вік: чоловіки > 35 років, жінки > 45 років	2
Чоловіча стать	2
Надлишкова маса тіла (індекс маси тіла > 25)	1
Вживання алкоголю > 30 г./ день	1
Паління > 10 сигарет/день	1
Вживання НПЗЗ та ГК	2
Виразка в анамнезі	2
Рак шлунку/стравоходу у родичів пацієнта	3

Якщо сума балів за шкалою обтяжуючих факторів перебільшує 5, пацієнту з диспепсією рекомендується проведення ендоскопічного обстеження з гастробіопсією та гістологічним дослідженням гастробіоптатів.

Рекомендується проводити ендоскопію у хворих з недослідженою диспепсією, з тривожними ознаками та симптомами, або у тих, хто набрав кількість балів ≥ 7 за шкалою обтяжуючих факторів. Рівень обґрунтованості III В.

Не рекомендується проводити ендоскопію при первинному огляді у наступних пацієнтів:

Пацієнти молодше 45 років, які не виявляють тривожних ознак і симптомів і у яких кількість балів за шкалою ознак і симптомів не перевищує 7. Рівень обґрунтованості III В.

У пацієнтів з яскраво вираженими симптомами ГЕРХ – печія та/або відрижка кислим за відсутності інших супутніх симптомів (біль/дискомфорт у верхньому відділі живота, відчуття важкості переповнення шлунка, нудота, блювання, дисфагія, біль при ковтанні). Рівень обґрунтованості Ib А.

Пацієнтам з передбачуваним діагнозом виразки дванадцятипалої кишки, яким впродовж останніх 5 років вона була діагностована за допомогою ендоскопії і у яких не була усунена інфекція *H. Pylori*, у яких спостерігаються симптоми, схожі на колишні, і в яких відсутні тривожні ознаки і симптоми. Імовірність того, що мова йде про загострення виразкового процесу настільки велика, що можна безпосередньо приступати до емпіричного лікування. Рівень обґрунтованості IV С.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Недосліджена диспепсія, постпрандіальна, вперше виявлена (за новим консенсусом недосліджена змінюється на функціональну).

2. Функціональна диспепсія, з больовим епігастральним синдромом, фаза ремісії.

3. Функціональна диспепсія, постпрандіальний

дистрес синдром, еритематозна гастропатія, фаза загострення, не асоційована з Нр.

4. Диспепсія, з епігастральним больовим синдромом, фаза загострення, асоційована з Нр.

5. Функціональна диспепсія на тлі прийому НПЗП, фаза загострення.

6. Функціональна диспепсія, змішана форма, в стадії загострення.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- абсолютна більшість хворих – 1-2 рази на рік – консультація гастроентеролога, хірурга, за показаннями – кардіолога, пульмонолога.

Стаціонарне лікування:

- у деякої частини хворих при неефективному первинному лікуванні стаціонарне дообстеження у гастроентерологічних або терапевтичних відділеннях;
- пацієнтів з диспепсією та тривожними ознаками слід направити в стаціонар для детального обстеження.

ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ

Код МКХ-10:

К 29.3 – хронічний поверхневий гастрит.

К 29.4 – хронічний атрофічний гастрит.

К 29.8 – дуоденіт.

К 29.9 – гастродуоденіт не уточнений.

Хронічний гастрит – гетерогенна група захворювань, які характеризуються наявністю запалення слизо-

вої оболонки шлунка з подальшим розвитком кишкової метаплазії. Захворювання супроводжується порушенням секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функцій шлунка.

Діагноз хронічного гастриту є морфологічним, тобто він має право на існування тільки у тих випадках, коли проведена відповідна оцінка біоптатів патоморфологом та наявність хронічного гастриту підтверджена гістологічно.

На основі проведення тільки рутинної верхньої ендоскопії без біопсії ставити діагноз хронічного гастриту не можливо. Якщо у пацієнта є симптоми диспепсії, а при проведенні гастроскопії у шлунку не виявлено запально-ерозивних змін та не проведена біопсія, ендоскопістам рекомендується ставити свій ендоскопічний діагноз «еритематозна гастропатія» (або описувати норму), а клініцистам – використовувати діагноз «функціональна диспепсія» чи «невиразкова диспепсія» (див. функціональна диспепсія).

Міжнародна класифікація гастритів <i>Хьюстон, 1996</i>		
Тип гастриту	Етіологічні фактори	Синоніми
Не атрофічний	<i>H. pylori</i> та інші фактори	Поверхневий, дифузний антральний, гіперсекреторний, тип В
Атрофічний: – аутоімунний – мультифокальний	Аутоімунний <i>H. pylori</i> , особливості харчування, вплив середовища	Тип А, дифузний тіла шлунка, асоційований з перніціозною анемією

Особливі форми:	Етіологічні фактори	Синоніми
хімічний	Хімічні подразники, жовч, фармакологічні препарати	Реактивний рефлюкс-гастрит, тип С
радіаційний	Променеві ураження	
лімфоцитарний	Ідіопатичний, імунні механізми, глютен, Нruylori хвороба Крона, саркоїдоз	Асоційований з целиакією
не інфекційний гранулематозний	Гранулематоз Вегенера, сторонні тіла, ідіопатичний	Ізольований грануломатоз
еозинофільний	Харчова алергія, інші алергени.	Алергічний
інші інфекції	Бактерії (окрім Нр), віруси, гриби, паразити	

Сіднейська система класифікації гастритів (1990)

1. Етіологія (див. вище).

2. Топографія:

- пангастрит;
- гастрит антрума;
- гастрит тіла шлунка.

3. Морфологія з оцінкою ступеня: запалення, активності, атрофії, кишкової метаплазії, Нр.

За морфологічними особливостями: неатрофічний, атрофічний, ступінь атрофії (мінімальна, помірна, виразна).

За ступенем кишкової метаплазії:

- I тип – повна або тонкокишкова;
- II тип – неповна (хелікоподібні клітини серед поверхневого епітелію);
- III тип – неповна (товстокишкового типу з секретією сульфамуцинів).

За ступенем активності запального процесу:

- I ступінь – помірна лейкоцитарна інфільтрація власної пластинки слизової оболонки шлунка;
- II ступінь – лейкоцитарна інфільтрація більш виражена, охоплює крім власної пластинки, епітелій, як поверхневий, так і ямковий.
- III ступінь – окрім лейкоцитарної інфільтрації, внутрішньоямкові абсцеси.

Ступінь важкості:

- відсутня;
- легка;
- помірна;
- важка.

Фаза перебігу: загострення, ремісія.

За функціональними особливостями:

- зі збереженою секреторною функцією;
- з вираженою секреторною недостатністю;
- з різко вираженою секреторною недостатністю.

Киотська класифікація гастритів (2014)

- Аутоімунний;
- Нр.-асоційований;
- Бактеріальний, крім хелікобактер;
- Медикаментозно-асоційовані;
- Гастрити внаслідок специфічних причин: лімфоцитарний, хвороба Менетріє, алергічний гастрит, рефлекс-гастрит;
- Інфекційні (не хелікобактерасоційовані): бактеріальні, вірусні, грибові, гастрит внаслідок паразитів;
- Гастрити з ендоскопічними та патологічними особливостями (неспецифічної етіології);
- Інші гастрити (некласифіковані).

Система OLGA дає оцінку гістологічних ознак вираження запалення й атрофії в антральному відділі та тілі шлунка з подальшим визначенням інтегральних показників – ступеня і стадії гастриту та використовується замість візуальної аналогової шкали. Під ступенем гастриту розуміють ступінь вираження сумарної запальної інфільтрації, під стадією – ступінь вираження атрофії.

Інтегральний показник ступеня гастриту в системі OLGA				
Анtrum, бали	Тіло, бали			
	0	I	II	III
0	Ступінь 0	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II
I	Ступінь I	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III
II	Ступінь II	Ступінь II	Ступінь III	Ступінь IV
III	Ступінь III	Ступінь III	Ступінь IV	Ступінь IV

Інтегральний показник стадії гастриту в системі OLGA				
Анtrum, бали	Тіло, бали			
	0	I	II	III
0	Стадія 0	Стадія I	Стадія II	Стадія II
I	Стадія I	Стадія II	Стадія II	Стадія III
II	Стадія II	Стадія II	Стадія III	Стадія IV
III	Стадія III	Стадія III	Стадія IV	Стадія IV

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хронічний гастрит, неатрофічний, Нр-асоційований, фаза загострення, з ураженням антрального відділу шлунка, II ступінь важкості, II стадія (OLGA) зі збереженою функцією кислото утворення шлунка.

2. Аутоімунний хронічний гастрит, атрофічний дна і тіла шлунка II ступеня, III стадії (OLGA), фаза загострення, з різко вираженою секреторною недостатністю. B_{12} дефіцитна анемія.

3. Хронічний атрофічний гастрит, Нр-асоційований, фаза загострення, пангастрит, кишкова метаплазія II, помірний ступінь важкості, виражена секреторна недостатність.

4. Хімічний (етаноловий) хронічний антральний гастрит, фаза ремісії, зі збереженою секреторною функцією.

5. Хімічний антральний хронічний гастрит, асоційований з рефлюксом жовчі, фаза загострення, кишкова метаплазія III, помірна ступінь важкості з збереженою секреторною функцією.

6. Хронічний, Н. pylori негативний, атрофічний гастрит тіла шлунку, фаза загострення, II ступень активності запалення, II стадія, зі зниженою функцією кислотоутворення

7. Хронічний дуоденіт, Нр-асоційований, фаза загострення, підвищена кислотоутворююча функція шлунка.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

— обстеження та лікування абсолютної більшості хворих, 2 рази на рік огляд гастроентеролога, за показаннями (поліпозний, велетенський гіпертрофічний гастрит) — хірурга, онколога.

Стаціонарне лікування:

- хворі з аутоімунним хронічним гастритом та супутньою анемією або неврологічними розладами,
- для антихелікобактерної терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій,
- при тяжких супутніх захворюваннях.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА

Наказ МОЗ України від 03.09.2014, № 613

Виразкова хвороба (пептична виразка) – хронічне захворювання шлунка або дванадцятипалої кишки з рецидивуючим перебігом, в основі якого є утворення виразкового дефекту в слизовій оболонці.

Класифікація

адаптована до МКХ-10

1. Локалізація пептичної виразки:

- виразка шлунку: кардіальна, субкардіальна, тіла, антральна, пілорічного каналу (**МКХ-10:К 25.0**);
- виразка дванадцятипалої кишки (цибулини, постбульбарна) (**МКХ-10: К 26.0**);
- поєднана виразка шлунка та дванадцятипалої кишки;
- гастроєюнальна виразка (виразка анастомозу).

2. Етіологія:

- Нр-позитивна виразка;
- Нр-негативна виразка;
- зумовлена дією ліків;
- при ендокринологічних хворобах (синдром Золінгера-Елісона, гіперпаратиреоз);
- при хворобі Крона, целіакії, лімфомі або саркоїдозі, ВІЛ;
- при захворюваннях внутрішніх органів (серцева недостатність, цироз печінки, ниркова недостатність,

ХОЗЛ, поліцитемія, цукровий діабет);

- ідіопатична;
- змішана (Нр+інший встановлений етіологічний чинник).

3. За розміром виразкового дефекту:

	Шлунок	12-пала кишка
мала	До 0,5см	До 0,5см
середня	0,6-1,9см	0,6-1,0см
велика	2,0-3,0см	1,1-2,0см
гігантська	Більше 5,0см	Більше 2,0 см

4. Стадія виразкового процесу:

- активна (гостра, свіжа);
- яка рубцюється;
- стадія рубця (рубцево-виразкова деформація);
- тривало не рубцюється;
- ремісії.

5. За перебігом: вперше виявлена, легкий (частота рецидивів – 1 раз на рік та рідше); середньої тяжкості (частота рецидивів 2 рази на рік); тяжкий (частота рецидивів понад 2 рази на рік або наявність ускладнень).

6. Супутні морфо-функціональні порушення:

- локалізація і активність гастриту і дуоденіту;
- ступінь виразності атрофії слизової оболонки;
- наявність кишкової метаплазії;
- наявність ерозій, поліпів;
- наявність гастроезофагального або дуоденогастрального рефлюксів;
- характеристика секреторної і моторної функцій.

7. Ускладнення: кровотеча; перфорація; пенетрація; стеноз; малігнізація.

Класифікація виразкових кровотеч за Forrest

Forrest J.A. et al. (1974) систематизував і описав ендоскопічні ознаки кровотечі при наявності пептичної ви-

разки. Ця класифікація кровотечі при пептичній виразці набула визнання у всьому світі. Вона є базисною у виборі лікувальної тактики хворих на кровотечу.

Тип F I – активна кровотеча:

- I a – пульсуючою струминою;
- I b – потоком.

Тип F II – ознаки недавньої кровотечі:

- II a – видно судину, яка не кровоточить;
- II b – фіксований тромб-згусток;
- II c – плоска чорна пляма (чорне дно виразки).

Тип F III – виразка з чистим (білим) дном.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ ОПЕРОВАНОГО ШЛУНКА

Пострезекційні розлади

– **Функціональні розлади:** демпінг-синдром, гіперглікемічний синдром, гіпоглікемічний синдром, агастральна астения, функціональний синдром привідної петлі, гастроезофагальний рефлюкс лужний, рефлюкс-гастрит, харчова алергія, невротичні стани.

– **Органічні ураження:** пептична виразка анастомозу, хронічний анастомозит, шлунково-ободковокишкова нориця, механічний синдром привідної петлі, рубцева деформація і звуження анастомозу, пострезекційні супутні захворювання (панкреатит, гепатит, ентерит, холецистит, рефлекс-езофагіт та ін.), постгастрорезекційна анемія, технічні помилки первинної операції.

– **Змішані ураження:** поєднання органічних і функціональних розладів.

Постваготомічні розлади

– **Функціональні розлади:** демпінг-синдром, гіпоглікемічний синдром, функціональна діарея, порушення

функції кардіальної частини шлунка, гастроєзофагальний рефлюкс, рефлюкс-гастрит, гастростаз, дуоденостаз, синдроми недостатності травлення і всмоктування, імпотенція, поєднання декількох розладів.

– **Органічні ураження:** рецидив пептичної виразки, органічний демпінг-синдром, органічні порушення функції кардіального сфінктера, рубцева деформація і звуження зони анастомозу або пластики, ЖКХ, хронічний панкреатит, рак шлунка.

За терміном виникнення

- ранні (до 1 місяця після операції);
- найближчі (1-6 місяців після операції);
- пізні (понад 6 місяців після операції).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. (Виразкова хвороба), пептична виразка цибулини дванадцятипалої кишки, Нр-позитивна, активна фаза (фаза загострення), вперше виявлена, хронічний антральний гастрит.

2. (Виразкова хвороба), пептична виразка шлунка, Нр-позитивна з локалізацією на задній стінці тіла, активна фаза, середньої тяжкості, гастрит тіла шлунка з тяжкою атрофією та кишковою метаплазією.

3. (Виразкова хвороба), пептична виразка шлунка з локалізацією в пілоричному відділі, Нр-негативна, НПЗП-асоційована, активна фаза, тяжкий перебіг, ускладнення – кровотеча F I ст. (дата) (К 27).

4. Вперше виявлена Н.pylori позитивна пептична виразка цибулини дванадцятипалої кишки на передній стінці, малих розмірів (0,5 см в діаметрі), активна фаза.

5. Пептична виразка Н.pylori позитивна цибулини дванадцятипалої кишки на задній стінці, середніх розмірів (0,7 см в діаметрі), активна фаза, середньої важкості. Рубцева деформація цибулини дванадцятипалої кишки ульцерогеного генезу.

6. Виразка антрального відділу шлунка. Медикаментозна, *H. pylori* негативна, середніх розмірів (1 см в діаметрі), активна фаза.

7. Пептична виразка *H. pylori* позитивна антрального відділу шлунка середніх розмірів (1 см в діаметрі), активна фаза, тяжкий перебіг, ускладнена гострою шлунково-кишковою кровотечею (09.10.2015) активність кровотечі F II B за J.A. Forrest. Гостра постгеморагічна анемія, середнього ступеня тяжкості.

8. Пептична виразка *H. pylori* позитивна цибулини дванадцятипалої кишки середніх розмірів (0,9 см в діаметрі), активна фаза, тяжкий перебіг, ускладнена гострою перфорацією (12.10.2015).

9. Хвороба оперованого шлунка: пізній демпінг-синдром.

10. Хвороба оперованого шлунка: пептична виразка анастомозу, фаза загострення.

11. Хвороба оперованого шлунка: постваготомічна діарея.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- обстеження та лікування більшості хворих з неускладненою виразковою хворобою, 1-2 рази на рік консультація гастроентеролога, за показаннями – хірурга.

Скерувати пацієнта на консультацію до:

– Гастроентеролога – при пептичній виразці шлунка, при рецидивуючому та ускладненому перебігу пептичної виразки, невдалій ерадикації інфекції *H. pylori*.

– Хірурга – за наявності ознак ускладнень пептичної виразки: шлунково-кишкової кровотечі, стенозу ворота, пенетрації, перфорації.

– Онколога – при виявленні ознак злоякісної виразки шлунка

Диспансерний нагляд (Положення протоколу)

Пацієнти з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, неускладненою, після успішної ерадикації інфекції *H. pylori* не потребують диспансерного нагляду.

Пацієнти з ускладненим перебігом захворювання незалежно від локалізації виразки та всі пацієнти з виразкою шлунка перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога з періодичними оглядами згідно з планом диспансеризації.

Стаціонарне лікування:

Госпіталізація здійснюється негайно в разі наявності гострих ускладнень пептичної виразки та необхідності термінових хірургічних втручань, в інших випадках – впродовж 2-5 днів.

Госпіталізація здійснюється при:

- різко вираженому больовому та диспепсичному синдрому, що погано піддаються лікуванню в амбулаторних умовах;
- ускладненому перебігу виразки (функціональний стеноз ворота, пенетрація виразки, підвищений ризик розвитку кровотечі);
- неефективній ерадикації інфекції *H. pylori* після двох курсів терапії;
- антихелікобактерній терапії при підвищеному ризику виникнення алергічних реакцій.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Наказ МОЗ України від 10.09.14 № 638

Хронічний панкреатит – хронічне запальне ураження тканини підшлункової залози з деструкцією екзокринної паренхіми, її атрофією, фіброзом, і, принаймні, на пізніх стадіях, деструкцією ендокринної паренхіми

Діагноз «хронічний панкреатит» рекомендується застосо-

увати для визначення хронічного запалення підшлункової залози (ПЗ) із хронічними, незворотними, запальними та/або фіброзними змінами ПЗ, що часто характеризується сильним болем, який знижує якість життя, та розвитком екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ. Діагноз хронічного запалення ПЗ підтверджується на основі симптомів, наявних у пацієнта, результатів візуалізації з метою визначення структури ПЗ (ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія), тестів екзокринної та ендокринної функції.

Згідно з МКХ-10 виділяють хронічний панкреатит алкогольної етіології (**К 86.0**) та інші хронічні панкреатити (**К 86.1**): хронічний рецидивуючий, інфекційний, спадковий, ідіопатичний, аутоімунний; кіста ПЗ (**К 86.2**), псевдокіста (**К 86.3**).

Класифікація хронічного панкреатиту

Марсельско-Римська,

Ціммерман Я.С.1995, уточнення МКХ,

та рекомендаціями Бабак Я., Губергріц Н.Б.,

2002-2005 з доповненнями

I. За етіологією:

1. *Первинний:* алкогольний, білководефіцитний, сімейний, медикаментозний, ішемічний, токсичний, ідіопатичний.

2. *Вторинний:* при біліарній патології, при хронічному гепатиті та цирозі печінки, при гастродуоденальній патології, при паразитарній інвазії, при гіперпаратироїдизмі, при муковісцидозі, при гемохроматозі, при епідемічному паротиті, при хворобі Крона та НВК, імуногенний, при гіперліпідемії, алергійних захворюваннях, травмі.

II. За клінічними ознаками:

1. *Больовий:* з рецидивним болем, з підпечінковою портальною гіпертензією, з постійним болем.

2. Псевдотуморозний: із холестазом, з дуоденальною непрохідністю.

3. Латентний (безбольовий).

4. Безперервно рецидивуючий

5. Поєднаний.

III. За стадією: загострення, ремісія, неповна ремісія.

IV. За морфологічними ознаками: патогенетично-функціональний, кальцифікуючий, обструктивний, інфільтративно-фіброзний, індуративний.

V. За функціональними ознаками:

1. *З порушенням зовнішньої секреції підшлункової залози* – гіперсекреторний тип, гіпосекреторний тип (компенсований, некомпенсований), обтураційний тип, дуктулярний тип.

2. *З порушенням інкреторної функції підшлункової залози* – гіперінсулінізм, гіпофункція інсулярного апарату.

VI. За тяжкістю перебігу: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

VII. Ускладнення:

1. *Ранні:* механічна жовтяниця, портальна гіпертензія, кишкові кровотечі, ретенційні кисти та псевдо кисти.

2. *Пізні:* стеаторея та інші симптоми мальабсорбції, дуоденальний стеноз, енцефалопатія, анемія, локальна інфекція, артропатії нижніх кінцівок, остеомаліяція.

Морфологічна класифікація

Марсельсько-Римська, 1988

1. Хронічний паренхіматозний (інфільтративно-фіброзний).

2. Хронічний обструктивний.

3. Хронічний кальцифікуючий.

4. Хронічний фіброзно-індуративний.

5. Хронічні кисти та псевдикисти підшлункової залози.

У клінічному діагнозі визначаються:

1. Форма панкреатиту за МКХ
2. Форма панкреатиту за Марсельсько-Римською класифікацією.
3. Основний клінічний синдром;
4. Фаза хвороби – загострення, ремісія;
5. Тяжкість перебігу – легкий, середньої тяжкості, тяжкий перебіг;

Легкий перебіг – рецидиви трапляються не більше 2-х разів на рік, легко купуються впродовж 3-14 діб, можливі ремісії тривалістю 1 рік і більше, рівень фекальної еластази-1 становить 150-200 мкг/г

Середня важкість – рецидиви 2-3 рази на рік з мінімальною дисфункцією підшлункової залози (відновлення функціонального стану протягом 48-72 годин), ускладнень немає, тривалих ремісій немає, рівень фекальної еластази становить 100-150 мкг/г.

Тяжкий перебіг – рецидиви більше 3 разів на рік, тривалістю більше 1 місяця, характерний розвиток ускладнень, інколи рецидиви повністю не купуються, рівень фекальної еластази-1 становить нижче 100 мкг/г.

6. Характер функціональних порушень:

– *гіпоферментний тип*: зниження рівня панкреатичної ізоамілази III типу у крові, зменшення концентрації еластази-I у калі, зниження максимальної концентрації $^{13}\text{CO}_2$ під час ^{13}C -тригліцеридного дихального тесту; стеаторея, амілорея, азотерея, ліентерея; гіпохромна анемія, інколи лейкопенія.

– *гіперферментний тип*: лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної форми ліворуч, прискорена ШОЕ, еозинофілія, зниження (при панкреонекрозі) або підвищення (при дегідратації) гематокриту; феномен "відхилення" ферментів крові – маркер ушкодження ацинарних клітин: збільшення у 3-6 разів рівня амілази у крові та сечі, збільшення амілазо-креатинінового кліренсу, гіпокальціємія, пози-

тивний С-реактивний протеїн, підвищення панкреатичної ізоамілази ІІІ типу у 100 разів протягом 3-4 діб;

З порушенням інкреторної функції (гіперінсулізм);

З гіпофункцією інсулярного апарату;

7. Ускладнення:

– ранні – шок, гостра ниркова та печінкова недостатність, плевро-пульмональні ускладнення (плеврит, ателектаз), енцефалопатія, гіпокальціємія, ДВЗ-синдром, динамічна кишкова непрохідність, панкреатогенний гепатит, нефрити;

– пізні – механічна жовтяниця, портальна гіпертензія, хронічна дуоденальна непрохідність, псевдо кісти підшлункової залози, панкреатогенний асцит, гіпоглікемічні кризи, гіперглікемія, абдомінальний ішемічний синдром, камені у жовчодоху, рак підшлункової залози.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хронічний рецидивуючий, паренхиматозний (індуративний) панкреатит, больова форма, фаза загострення, тяжкий перебіг, з незначною зовнішньо секреторною недостатністю.

2. Хронічний ідіопатичний паренхиматозний панкреатит, диспепсична форма, фаза загострення, середня важкість перебігу, без порушення зовнішньосекреторної функції.

3. Хронічний алкогольний панкреатит в стадії загострення, больова форма, тяжкий перебіг, зовнішньосекреторна недостатність тяжкого ступеня.

4. Хронічний рецидивуючий панкреатит, полісимптомна форма, в стадії загострення, тяжкий перебіг, псевдокіста головки підшлункової залози, зовнішньосекреторна недостатність середньої важкості.

5. Хронічний ідіопатичний панкреатит, больова форма, в стадії помірного загострення, перебіг середньої важкості, панкреатогенний цукровий діабет легкого ступеня.

6. Хронічний аутоімунний рецидивуючий панкреатит,

диспепсична форма, фаза загострення, середньої тяжкості, з помірно вираженою зовнішньосекреторною недостатністю.

7. Хронічний алкогольний панкреатит, у фазі загострення, тяжкий перебіг, з вираженою зовнішньо секреторною та інкреторною недостатністю. Вторинний цукровий діабет, середнього ступеня тяжкості, субкомпенсований.

8. Хронічний ідіопатичний панкреатит, больова форма, у фазі загострення, тяжкий перебіг, механічна жовтяниця.

9. Хронічний панкреатит у стадії ремісії з секреторною недостатністю середнього ступеня та ендокринною недостатністю – вторинний цукровий діабет 2 типу, середньої важкості, субкомпенсація.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- підтримуюче медикаментозне лікування, 2 рази на рік огляд гастроентеролога, за показаннями – хірург, ендокринолог.

Стационарне лікування:

Госпіталізація здійснюється негайно в разі необхідності термінових хірургічних втручань, в інших випадках – протягом 2-5 днів.

Госпіталізація здійснюється при:

- ХП в стадії загострення;
- псевдотуморозному ХП;
- обструктивному ХП;
- бактеріальних ускладненнях ХП;
- панкреатогенних гастродуоденальних виразках;
- виявленні при УЗД ділянок тканини ПЗ, що нагадують панкреонекроз;
- тромбозі селезінкової/портальної вени;
- псевдокістах ПЗ, що збільшуються в розмірах,

ускладненнях псевдокіст;

- норицях ПЗ.

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

1. значне зменшення або ліквідування клінічних проявів ХП (больового та диспептичного синдромів, інтоксикації, проявів функціональної недостатності ПЗ тощо) та ліквідування проявів запалення та/або деструктивних змін ПЗ, що виявляються лабораторно-інструментальними методами;

2. усунення ускладнень ХП;

3. поліпшення відтоку панкреатичного секрету при обструктивному ХП;

4. отримання при псевдотуморозному ХП та підозрі на малігнізацію переконливих даних за результатами диференційної діагностики щодо відсутності пухлини ПЗ.

Показання до оперативного втручання:

– кальциноз ПЗ і камені проток з вираженим больовим синдромом;

– обструктивний ХП – при неможливості ендоскопічної декомпресії;

– обтураційна жовтяниця за рахунок стиснення холедоху;

– дуоденостеноз;

– підпечінкова портална гіпертензія;

– кісти більше 6 см в діаметрі або свищ ПЗ, що не виліковуються консервативно протягом 3 місяців;

– вторинний ХП, пов'язаний з ЖКХ, виразкою, що пенетрує, дуоденостазом, абдомінальним ішемічним синдромом;

– неефективність консервативної терапії, стійкого больового синдрому;

– наявність злоякісного новоутворення;

– бактеріально-гнійні ускладнення при неефективності малоінвазивних втручань та медикаментозного лікування;

– парафатеральні дивертикули.

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЖКХ, ДИСКІНЕЗІЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Хронічний холецистит – хронічне запалення жовчного міхура, яке поєднується з дискінезією жовчного міхура та сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів та дисхолією.

Код МКХ-10:

К 81.0 – гострий холецистит.

К 81.1 – хронічний холецистит.

К 81.8 – інші форми холециститу.

К 81.9 – холецистит не уточнений.

Класифікація

1. Етіологія: бактеріальний, вірусний, паразитарний, аутоімунний, алергійний, ферментний, нез'ясованої етіології.

2. Клінічна форма:

- калькульозний;
- безкам'яний: з перевагою запального процесу, з перевагою дискінетичних явищ.

3. Фаза захворювання:

- ремісія;
- загострення виражене;
- загострення згасаюче.

4. Характер перебігу холециститу:

- рідко рецидивуючий;
- часто рецидивуючий;
- постійно рецидивуючий;
- латентний.

5. Ускладнення:

- відключений жовчний міхур;
- хронічна емпієма жовчного міхура;
- водянка жовчного міхура;
- периміхуровий абсцес;
- перфорація жовчного міхура.

ДИСКІНЕЗІЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Дискінезія жовчних шляхів характеризується порушенням тонусу, моторної і евакуаторної функції жовчного міхура і жовчних протоків.

Класифікація дискінезії жовчних шляхів

За етіологією:

– Первинна: невротична, психогенна, медикаментозна та ін.

– Вторинна: при гострому гепатиті, холециститах, ЖКХ, панкреатитах, функціональних розладах шлунку, хронічних гастритах, виразковій хворобі, хронічних колітах, після холецистектомії та ін.

За клінічними формами:

- гіпермоторна (МКХ-10: К 83.4);
- гіпомоторна (МКХ-10: К 82.8);
- змішана.

Римські критерії IV. Розлади жовчного міхура та сфінктера Одді		
Е. розлади жовчного міхура та сфінктера Одді	Е1. Біліарний біль	Е.1.а Функціональний біліарний розлад жовчного міхура
		Е1.б Функціональний розлад біліарного сфінктера Одді
	Е2. Функціональний розлад панкреатичного сфінктера Одді	

ЖОВЧНО-КАМ'ЯНА ХВОРОБА (ЖКХ)

ЖКХ – захворювання, яке обумовлене порушеннями обміну холестерину та/або білірубіну і характеризується утворенням каменів в жовчному міхурі та/або жовчних протоках.

За МКХ-10:

- камені в жовчному міхурі без холециститу – **К 80.2**;
- камені жовчних протоків з холангітом – **К 80.3**;
- камені жовчних протоків з холециститом – **К 80.4**;
- камені жовчного міхура з холециститом – **К 80.8**.

Класифікація ЖКХ

за Ногалером О.М., Мансуровим Х.Х.

I стадія – фізико-хімічна.

II стадія – латентна (камененосійство).

III стадія – (калькульозний холецистит):

- 1) диспепсична форма;
- 2) больова форма;
- 3) стенокардитична форма;
- 4) печінкова колька;
- 5) синдром Сейнта.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хронічний бактеріальний, безкам'яний холецистит, фаза загострення, дискінезія за гіперкінетичним типом, рідко рецидивуючий.

2. Хронічний калькульозний холецистит, фаза загострення, дискінезія за гіпотонічним типом, часто рецидивуючий, відключений жовчний міхур.

3. Хронічний бактеріальний, безкам'яний холецистит, фаза загострення з перевагою запального компонента, з гіпокінезією жовчного міхура, постійно рецидивуючий перебіг. Вторинна панкреатична недостатність.

4. Дисфункція жовчного міхура, гіпотонічно-гіпокінетична форма За новими критеріями: Функціональний біліарний розлад жовчного міхура.

5. Дисфункція біліарного тракту, гіпертонічно-гіперкінетична форма За новими критеріями: Функціональний біліарний розлад жовчного міхура.

6. ЖКХ, латентне каміненосійство, безсимптомний перебіг

7. ЖКХ: I стадія(фізико-хімічна), без симптомний перебіг.

8. ЖКХ, наявність каменя у загальній жовчній протоці, гострий холангіт.

9. ЖКХ з наявністю каменя у загальній жовчній протоці, хронічний холецистит у стадії загострення, жовчна колька.

10. ЖКХ з наявністю каменя у жовчному міхурі, хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення. Вторинна гіпокінетична дискінезія жовчного міхура.

11. ЖКХ з наявністю каменя у жовчному міхурі, стенокардитична форма.(К 80.8).

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування більшості хворих, огляд 2 рази на рік гастроентерологом, хірургом – за показаннями.

Стаціонарне лікування:

– при неефективності первинного лікування, якщо немає показань до лікування в хірургічному відділенні;
– для дообстеження;

ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИЙ СИНДРОМ

Постхолецистектомічний синдром (ПХЕС) – збірне поняття, яке поєднує різні патологічні стани й пов’язані з ними клінічні прояви у хворих, яким була зроблена холецистектомія. Терміном ПХЕС у більшості випадків прийнято визначати як дисфункцію сфінктера Одді.

Дисфункція сфінктера Одді – це патологія, яка характеризується частковим порушенням проходження жовчі на рівні сфінктера Одді з порушенням відтоку жовчі і панкреатичного соку та може мати як органічну, так і функціональну природу.

Код МКХ-10: К 91.5.

Класифікація дисфункції сфінктера Одді

(Римський консенсус III, 2006)

Біліарний тип дисфункції сфінктера Одді:

- Біліарний тип I – підвищення рівня білірубіну або лужної фосфатази понад удвічі, що тимчасово пов’язане із двома епізодами болю, розширенням загальної жовчної протоки понад 8 мм (за даними УЗД), у 75-90% реєструють патологічні манометричні показники, що переважно зумовлено структурними змінами сфінктера Одді (стеноз).
- Біліарний тип II – біліарний тип болю та один з двох додаткових критеріїв. В цій групі слід проводити ретельну диференційну діагностику між функціональним та органічним ураженням сфінктера Одді.
- Біліарний тип III – наявність тільки біліарного типу болю без додаткових критеріїв.

Панкреатичний тип дисфункції сфінктера Одді

- Панкреатичний тип I – біль панкреатичного характеру, підвищення рівня амілази або ліпази в 2 рази та

більше, розширення головної панкреатичної протоки понад 6 мм у головці та 5 мм у тілі підшлункової залози.

- **Панкреатичний тип II** – біль панкреатичного типу та один із двох додаткових критеріїв (підвищення рівня амілази або розширення панкреатичної протоки).

- **Панкреатичний тип III** – біль панкреатичного типу.

** За Римськими критеріями IV - III тип виключено.*

Римські критерії IV. Розлади жовчного міхура та сфінктера Одді		
Е. розлади жовчного міхура та сфінктера Одді	Е1. Біліарний біль	Е.1.а Функціональний біліарний розлад жовчного міхура
		Е1.б Функціональний розлад біліарного сфінктера Одді
	Е2. Функціональний розлад панкреатичного сфінктера Одді	

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Постхолецистектомічний синдром, біліарний тип I дисфункції сфінктера Одді, фаза ремісії, (холецистектомія 2015р з приводу ЖКХ). За новими критеріями Постхолецистектомічний синдром, функціональний розлад біліарного сфінктера Одді, фаза ремісії, (холецистектомія 2015 р з приводу ЖКХ).

2. Постхолецистектомічний синдром, панкреатичний тип III дисфункції сфінктера Одді, фаза загострення, (холецистектомія 2012). За новими критеріями: Постхолецистектомічний синдром, функціональний розлад панкреатичного сфінктера Одді, фаза загострення, (холецистектомія 2012).

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- обстеження та лікування більшості хворих.

Стационарне лікування (терапевтичне, гастроентерологічне відділення):

- при неефективному первинному лікуванні
- для дообстеження.

ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

Наказ МОЗ України від 06.11.14 № 826

Хронічний гепатит – хронічний поліетіологічний дифузний запально-деструктивний процес в печінці, який триває понад 6 місяців, має збережену часткову структуру печінки і потенційно може трансформуватися у цироз печінки.

Класифікація хронічних гепатитів

Лос-Анджелес, 1994

I. За етіологією:

- аутоімунний гепатит(тип 1, тип 2, тип 3); **МКХ-10: К 73.2.**
- хронічний гепатит В (HBV); **МКХ-10: В 18.1.**
- хронічний гепатит D (HDV);
- хронічний гепатит С (HCV); **МКХ-10: В 18.2.**
- хронічний вірусний гепатит (не визначеної етіології);
- криптогенний;
- хронічний токсичний в тому числі і медикаментозний гепатит; **МКХ-10: К 71.**
- первинний біліарний цироз; **МКХ-10: К 74.3.**
- первинний склерозуючий холангіт;

- захворювання печінки Вільсона-Коновалова;
- хвороба печінки, яка викликана недостатністю альфа-1-антитрипсину.

II. За тяжкістю перебігу (визначається стадією поширення фіброзу в печінці за морфологічними даними).

0 – фіброз відсутній

1 – незначний перипортальний фіброз

2 – помірний фіброз з порто-портальними септами

3 – значний фіброз з порто-цетральними септами

4 – цироз печінки

III. Активність запального процесу: визначається за біохімічно-гістологічними критеріями

– неактивний;

– активний.

За біохімічними критеріями:

– мінімальна активність – вміст АлАТ до 3 норм;

– помірна – АлАТ від 3 до 10 норм;

– висока – АлАТ більше 10 норм.

За гістологічними критеріями:

ступінь активності – визначається ступенем виразності запально-некротичного процесу: мінімальна, помірна, виразна, інтенсивність гістологічної активності підраховується в балах:

1. Перипортальні некрози гепатоцитів– 0-10 балів;

2. Внутрішньодолькові фокальні некрози та дистрофія гепатоцитів 0-4 бали;

3. Запальні інфільтрати у портальних трактах – 0-4 бали;

4. Фіброз 0-4 бали.

Від 1 до 6 балів мінімальна активність;

Від 7-12 балів – помірна активність;

Від 13-18 балів – тяжка активність (*активність процесу визначається за індексом гістологічної активності "Knodell", стадія відповідає поширеності фіброзу печінки за шкалою METAVIR*).

Аутоімунний гепатит (АІГ) – є аутоімунним запальним захворюванням печінки невідомої етіології, що відноситься до рідкісних захворювань. не має патогномонічної симптоматики, швидко прогресує у цироз печінки з розвитком його ускладнень та стає причиною зниження якості життя, порушення працездатності та інвалідизації хворих.

Діагноз «аутоімунний гепатит» рекомендується застосовувати для визначення хронічного, запально-некротичного захворювання печінки, що триває більше 6 місяців та характеризується перипортальним або більш поширеним запальним процесом у печінці (збільшення активності сироваткових АСТ або АЛТ та збільшення рівнів загального Ig або γ -глобуліну), серологічних (ANA, SMA, anti-LKM1 або anti-LC1) та гістологічних (перипортальний гепатит) особливостей.

Хвороби, пов'язані з АІГ: первинний біліарний цироз печінки, первинний склерозуючий холангіт, запальні захворювання кишківника, ціліакія, ревматоїдний артрит, змішаний колагеноз, синдром Шегрена, СЧВ, фіброзуючий альвеоліт, гломерулонефрит, тромбоцитопенія, анемія гемолітичнатиреоїдит, діабет, псоріаз, вітиліго, увеїт, поліміозит, розповсюджений склероз, мультиплексний моно неврит, антифосфоліпідний синдром

Залежно від виявлених антитіл діагностують тип АІГ:

тип 1 – за наявності ANA, SMA, p-ANCA, anti-actin.

тип 2 – за наявності anti-LKM-1, anti-LC-1.

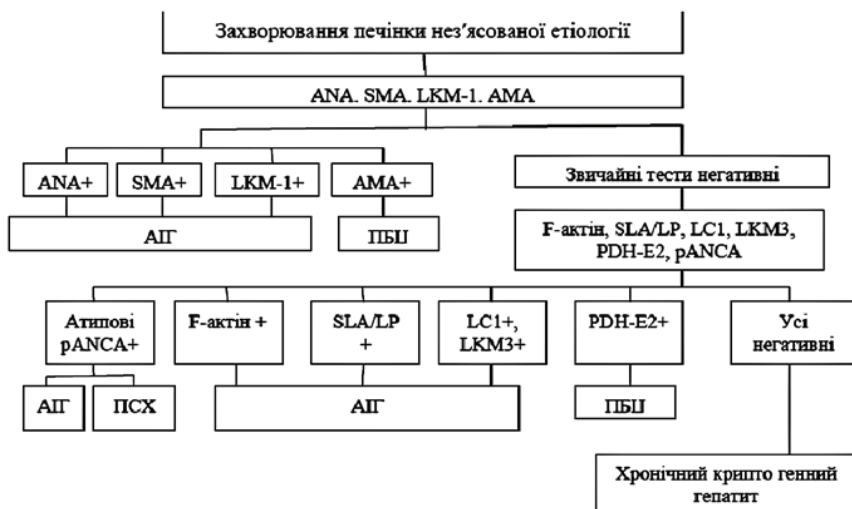
тип 3 – за наявності anti-SLA при відсутності ANA, SMA, anti-LKM-1.

Маркери первинного біліарного цирозу - антимітохондріальні антитіла

(AMA-M₂) зазвичай у нормальному діагностичному титрі, при його підвищенні встановлюють синдром перехресту з ПБЦ.

Класифікація аутоімунного гепатиту (АІГ), заснована на профілі аутоантитіл		
Особливості	АІГ 1 типу	АІГ 2 типу
Характеристика аутоантитіл	ANA SNA Anti-actin Anti-SLA/LP 25% – ANA негативні	Anti-LKM-1 Anti-LC-1
Географічні особливості	в усьому світі	в усьому світі
Вік маніфестації	усі вікові групи	зазвичай у дитинстві та молодому віці
Стать (жінки : чоловіки)	3:1	10:1
Клінічний фенотип	мінливий	зазвичай важкий
Гістопатологічні особливості	широкий діапазон: від помірної тяжкості хвороби до цирозу печінки	зазвичай прогресуючий, розповсюджене запалення/цироз печінки
Відсутність відповіді на лікування	рідко	поширений
Рецидив після лікування	мінливий	поширений
необхідність в довгостроковому	мінливий	приблизно 100 %

Використання серологічних тестів в діагностиці АІГ



ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хронічний гепатит С (anti-HCV+, HCV-РНК+, 3а генотип), активна фаза, з помірною активністю.
2. Хронічний HBeAg-позитивний гепатит В, активна фаза, з помірною активністю, фіброзом печінки 1 бал (біопсія – дата).
3. Хронічний вірусний гепатит В HBeAg-негативний, (HBsAg+, anti HBe+, HBV ДНК +) з помірною активністю.
4. Хронічний вірусний гепатит С (anti-HCV Ig G), 1а генотип, з низькою активністю.
5. Аутоімунний гепатит, тип 2, активна фаза з високою біохімічною активністю, біопсія печінки (дата). за морфологією – стадія 2, гістологічна активність – виразна, печінкова недостатність(енцефалопатія ІІ ст., геморагічний синдром).
6. Хронічний токсичний (медикаментозний) гепатит активна фаза з помірною активністю, асоційований з прийомом нітрофуранів, з синдромом холестазу.

7. Хронічний невизначений гепатит, активна фаза з помірною активністю, печінкова недостатність енцефалопатія II ст.

8. Медикаментозно індукований хронічний гепатит (тубазид) з помірною активністю, жовтяниця.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

Нагляд – 2 рази на рік – гастроентеролог, інфекціоніст при вірусних гепатитах, при аутоімунному гепатиті – 4 рази на рік терапевт, гастроентеролог

Скерувати пацієнта на консультацію до:

- інфекціоніста (для виключення діагнозу вірусного гепатиту);
- онколога, при підозрі щодо злоякісного новоутворення.
- тривале медикаментозне протівірусне або підтримуюче протизапальне лікування.

Стаціонарне лікування (показання до госпіталізації в гастроентерологічне відділення:

- будь-який гепатит нез'ясованої етіології з помірною або високою активністю;
- вперше виявлений АІГ;
- АІГ з помірною та високою активністю;
- ускладнений перебіг захворювання з наявністю побічних ефектів імуносупресивної терапії, супутніми захворюваннями;
- ХГ, що погано піддається лікуванню в амбулаторних умовах;
- рецидив ХГ.

Лікування ХГ проводиться лікарем гастроентерологом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу. Водночас, дільничні терапевти,

лікарі загальної практики – сімейні лікарі можуть призначати заходи з корекції способу життя (відмова від вживання алкоголю та тютюну, дотримання режиму харчування, праці та відпочинку) та симптоматичне лікування.

Пацієнти з ХГ після лікування перебувають на диспансерному обліку у лікаря гастроентеролога.

Водночас, лікар загальної практики – сімейний лікар/дільничний терапевт сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій спеціалістів та призначає, за потреби, симптоматичне лікування.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Цироз печінки (ЦП) – хронічне прогресуюче дифузне захворювання печінки, яке характеризується порушенням архітекτονіки печінки, та її судинної системи, розвитком портальної гіпертензії та печінково-клітинної недостатності.

Класифікація

I. Етіологія:

- асоційований з вірусами В, або В і D, або С, або G
- токсичний
- вірусно-токсичний
- алкогольний
- аутоімунний (внаслідок аутоімунного гепатиту)
- внаслідок метаболічних порушень (хвороба Вільсона Коновалова, недостатність альфа-антитрипсину, галактеземія)
- застійний при СН
- біліарний
- криптогенний (з невідомою або невстановленою етіологією)

II. За гістологічною картиною: мікронодулярний, макронодулярний, змішаний, септальний

III. За активністю та швидкістю прогресування:

- активний (з помірною або високою активністю) та неактивний

- швидко прогресуючий, повільнопрогресуючий, латентний.

IV. За ступенем компенсації: компенсований А, субкомпенсований В, некомпенсований С (визначається за шкалою Чайлд-Пью (Child-Pugh)).

Шкала індексу Чайлд-Пью (Child-Pugh)			
Показники	Бали		
	1	2	3
Білірубін, ммоль/л	< 35	35-50	> 50
Альбумін, г/л	> 35	28-35	< 28
ПТІ, %	> 50	50-40	< 40
Асцит	Відсутній	Крайовий	Субтотальний, тотальний
Енцефалопатія	Латентна або відсутня	I-II стадія	III-IV стадія
Вгодованість	добра	середня	виснажена

Критерії оцінки індексу: 5-6 балів – клас А (компенсований), 7-11 балів – клас В (субкомпенсований) 12 і більше балів – клас С (некомпенсований).

Стадії портальної гіпертензії

0 стадія – відсутні варикозно розширені вени та асцит

I стадія – наявні варикозно розширені вени без асцита; симптоми проявляються епізодично в період портальних

кризів і характеризуються наявністю метеоризму, болю в епігастральній ділянці, нудотою й діареєю.

II стадія – асцит та варикозно розширені вени; наведені симптоми стають постійними, періодично виникає асцит, який швидко зникає під впливом лікування, при ендоскопічному дослідженні травного тракту виявляють варикозне розширення вен нижньої третини стравоходу, початкові ознаки гіперспленізму.

III стадія – кровотеча з варикозно розширених вен на фоні асцити. приєднання різноманітних ускладнень: набряково-асцитичний синдром, кровотечі із розширених стравохідних, шлункових та гемороїдальних вен, гіперспленізм, печінкова енцефалопатія, гепато-ренальний синдром.

Індекс NIEC

Ризик розвитку кровотеч протягом року із варикозно розширених вен стравоходу.

Показник	Бали	
Клас по Чайльду-Пью	A	6,5
	B	13,0
	C	9,5
Розмір варикозних вузлів	Дрібні	8,7
	Середні	13,0
	Великі	17,4
Червоні плями	Відсутні	3,2
	Декілька	6,4
	Помірна кількість	9,6
	Значна кількість	12,8

Група ризику	1	2	3	4	5	6
Індекс NIEC	< 20	20-25	25-30	30-35	35-40	> 40
Частота кровотеч	1,6	11,0	14,8	23,3	37,8	68,9

Клінічні стадії печінкової енцефалопатія			
Стадія	Стан свідомості	Інтелектуальний статус, поведінка	Неврологічний статус
Латентна	Не змінена	Не змінений	Зміна психометричних тестів
1 легка	Сонливість, порушення ритму сну	Зниження уваги, концентрації, забудькуватість	Дрібно розмахистий тремор, зміна почерку
2 (середня)	Летаргія, або апатія	Дезорієнтація, неадекватна поведінка	Астериксис, атаксія
3 (важка)	Сомноленція, дезорієнтація	Дезорієнтація, агресія, глибока амнезія+	Астериксис, підвищення рефлексів, спастичність
4 (кома)	Відсутність свідомості і реакції на біль	Відсутній	Арефлексія, втрата тону

**Астериксис – печінкове пурхання.*

Критерії West Haven інтелектуально-поведінкового статусу

(використовуються для визначення ступеню тяжкості печінкової енцефалопатії)

Ступінь 0 – зміни відсутні.

Ступінь 1 – розкиданість, неможливість зосереджуватися, ейфорія або збудженість, порушення концентрації уваги, порушення здібності до лічення (складання).

Ступінь 2 – летаргія або апатія, мінімальна дезорієнтація у місті та часу, ледве вловні зміни особистості, невласлива пацієнту поведінка, порушення здібності до лічення (віднімання).

Ступінь 3 – сплутаність свідомості, загальмованість аж до ступору, але хворий приступний до мовного контакту, відбита дезорієнтація.

Ступінь 4 – кома (не відповідає на мовні та больові подразники).

Класифікація печінкової енцефалопатії за типами (2015)

A (Acute) – пов’язана з гострою печінковою недостатністю.

B (Bypass) – пов’язана з порто системним шунтуванням крові, захворювання печінки відсутні.

C (Cirrhosis) – пов’язана з цирозом печінки, портальною гіпертензією та портосистемним шунтуванням.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Цироз печінки, асоційований з вірусом гепатиту В, помірна активність, компенсована стадія (клас А за Чайлд-Пью), портальна гіпертензія II ст., печінкова енцефалопатія I ст.

2. Цироз печінки асоційований з вірусом гепатиту С, помірної активності, субкомпенсований (клас В за Чайлд-Пью), портальна гіпертензія II стадії, печінкова енцефалопатія II стадії.

3. Цироз печінки HVC етіології, біопсія (дата), великовузловий, стадія компенсації (клас А за Чайлд-Пью).

4. Цироз печінки, криптогенний, повільно-прогресуючий, стадія декомпенсації (клас С за Чайлд-Пью), з печінковою енцефалопатією IV ст., портальною гіпертензією.

єю III стадії, з кровотечею з ВРВ стравоходу (дата), гостра постгеморагічна анемія).

5. Первинний біліарний цироз печінки, стадія субкомпенсації, клас В за Чайлд-Пью.

6. Цироз печінки алкогольної етіології, біопсія (дата), дрібно вузловий, з помірною активністю, повільно прогресуючий, субкомпенсований. клас В за Чайлд-Пью.

7. Алкогольний, мікронодулярний цироз печінки, клас С за критеріями Чайльда-Пью (декомпенсований), ускладнений гострою печінково-клітинною недостатністю: екзогенна печінкова енцефалопатія III стадії; портальною гіпертензією: варикозно розширені вени стравоходу III ступеня, субтотальний асцит.

8. Алкогольний, мікронодулярний цироз печінки, клас С за критеріями Чайльда-Пью (декомпенсований), ускладнений портальною гіпертензією: гостра кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу III ступеня (12.10.2012), субтотальний асцит. Хронічна печінково-клітинна недостатність: змішана печінкова енцефалопатія II стадії. Гостра постгеморагічна анемія, тяжка.

9. Вірусний, макронодулярний цироз печінки, клас А за критеріями Чайльда-Пью (компенсований). Портальна гіпертензія: варикозно розширені вени стравоходу I ступеня. Хронічна печінково-клітинна недостатність: ендогенна печінкова енцефалопатія I стадії.

10. Алкогольний, мікронодулярний цироз печінки, клас С за критеріями Чайльда-Пью (декомпенсований). Портальна гіпертензія: варикозно розширені вени стравоходу III ступеня, субтотальний асцит. Хронічна печінково-клітинна недостатність: змішана печінкова енцефалопатія II стадії.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

Нагляд - 4 рази на рік огляд гастроентеролога, терапевт, інфекціоніст при необхідності, онколог за показаннями.

– тривале медикаментозне підтримуюче лікування.

Стаціонарне лікування:

– в період активного процесу;

– виникнення ускладнень.

АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ

Алкогольна хвороба печінки об'єднує різноманітні порушення структури та функціональні здібності органу, які виникають при тривалому систематичному вживанні алкоголю.

Терапевтичний алгоритм довгострокового ведення пацієнтів з АГ



Класифікація:

- алкогольна жирова дистрофія печінки чи стеатоз (Код МКХ-10: К 70.0),
- алкогольний гепатит (К 70.1),
- алкогольний фіброз печінки (фаза алкогольного ураження печінки, яка може передувати цирозу печінки, при тому розвиток циротичного процесу відбувається без клінічних та гістологічних ознак гострого алкогольного гепатиту), (К 70.2),
- алкогольний цироз печінки (К 70.3),
- алкогольна печінкова недостатність: гостра, підгостра, хронічна, з та без печінкової коми. (К70.4),
- алкогольне ураження печінки не уточнене (К70.9)

Тест CAGE

1. Чи виникало у Вас відчуття того, що Вам слід зменшити вживання спиртних напоїв?
2. Чи викликало у Вас відчуття роздратування. якщо хтось з оточуючих (друзів. родичів) говорив Вам про необхідність скоротити вживання спиртних напоїв?
3. Чи відчували Ви відчуття провини. пов'язане з вживанням спиртних напоїв?
4. Чи виникало у Вас бажання пити спиртне. як тільки Ви прокидалися після епізоду вживання алкогольних напоїв?

Оцінка: Кожна відповідь оцінюється. як 0 (ні) або 1 (так), загальна оцінка 2 бали і вище свідчить про наявність клінічно значущих проблем, обумовлених вживанням алкоголю.

Тест AUDIT					
Запитання	0	1	2	3	4
1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?	Ніколи	Раз на місяць чи менше	2 -4 рази на місяць	2 -3 рази на тиж-день	4 та більше разів на тиж-день
2. Яка Ваша звичайна доза алкогольних напоїв в день, коли ви вживаєте?	1 чи 2	3 чи 4	5 чи 6	7 - 9	10 та більше
3. Як часто ви випиваєте 5 або більше порцій на день, коли ви випиваєте?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно
4. Як часто за останній рік Ви розуміли, що не здатні зупинитися, почавши пити?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно
5. Як часто за останній рік Ви через вживання алкоголю не зробили те, що від Вас очікували?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно

6. Як часто за останній рік Вам необхідно було випити вранці, щоб прийти в себе після попереднього вживання алкоголю (похмелитися)?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно
7. Як часто за останній рік у Вас було почуття провини і каяття після випивки?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно
8. Як часто за останній рік Ви були не здатні пригадати, що було напередодні, через те що Ви випивали?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячно	Щотижнево	Щоденно чи майже щоденно
9. Були коли-небудь Ваші випивки причиною тілесних ушкоджень у Вас або інших людей?	Ні	Так, але не впродовж минулого року			Так, впродовж минулого року
10. Чи траплялося, що Ваш родич, знайомий, доктор, або інший медичний працівник виявляв занепокоєння з приводу Вашого вживання алкоголю або пропонував припинити випивати?	Ні	Так, але не впродовж минулого року			Так, впродовж минулого року

Для визначення загальної оцінки тесту AUDIT слід скласти оцінки, отриманні по кожному з 10-ти запитань. Оцінка ≥ 8 для чоловіків віком до 60 років, або ≥ 4 для жінок, підлітків або чоловіків старше 60 років свідчить про позитивний результат скринінгу. Тест – AUDIT характеризується високою чутливістю 51-97% та високою специфічністю 78-96%.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Алкогольна хвороба печінки: стеатоз.
2. Гострий алкогольний гепатит, латентна форма.
3. Алкогольна хвороба печінки: хронічний гепатит, мінімальної активності, фаза загострення.
4. Алкогольна хвороба печінки: хронічний гепатит, помірна активність, фаза загострення.
5. Алкогольна хвороба печінки: фіброз.
6. Алкогольний цироз печінки, компенсований перебіг, клас А за Чайлд-Пью (портальна гіпертензія II стадії, латентна печінкова енцефалопатія).
7. Алкогольний цироз печінки, клас С за Чайлд-Пью (портальна гіпертензія III стадії, гіперспленізм, печінкова енцефалопатія III стадії).

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

Нагляд – 3 рази на рік гастроентеролог, терапевт, за необхідністю – офтальмолог, невролог, нарколог.

– медикаментозне лікування при алкогольному стеатозі печінки, хронічному алкогольному гепатиті, алкогольному фіброзі печінки, компенсованому алкогольному цирозі.

Стаціонарне лікування:

- гострий алкогольний гепатит;
- алкогольний гепатит помірної або високої активності;
- неефективність амбулаторного лікування;
- ускладненнях АГ (цироз печінки, портальна гіпертензія, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу).

Консультації спеціалістів

1. Інфекціоніст (при позитивних маркерах вірусних гепатитів).
2. Невропатолог (при явищах енцефалопатії, полінейропатії).
3. Кардіолог (підозра на застійну серцеву недостатність).
4. Проктолог (при розширенні гемороїдальних вен).
5. Онколог (підозра на злоякісне новоутворення).

Пацієнти з АГ знаходяться на диспансерному обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта з метою контролю за дотриманням абстиненції, режиму харчування, фізичного навантаження та надання медикаментозної корекції, яка не відрізняється від такої при гепатиті іншої етіології.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ

Наказ МОЗ України від 06.11.14 № 826

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) – захворювання печінки неалкогольної етіології з ознаками жирової дистрофії та глобулярним гепатитом. Морфологічно спостерігається стеатоз та некроз гепатоцитів, запальні клітинні інфільтрати з гранулоцитів та мононуклеарів, далі розвиток фіброзу.

МКХ -10 – K76.0.

З точки зору етіопатогенезу одночасно спостерігається наявність ожиріння та ЦД 2 типу у 90% пацієнтів з НАСГ. Крім того, стеатоз, який не пов'язаний зі зловживанням алкоголю, часто розвивається у пацієнтів, які тривало приймають глюкокортикоїди, синтетичні естрогени, а також у пацієнтів з патологічним ожирінням, яким було накладено єюноілеальний анастомоз. Стеатогепатит може виникнути і після інших гастроінтестинальних хірургічних втручань, при дивертикульозі тонкої кишки з збитковим бактеріальним ростом, а також у хворих, які знаходяться на повному парантеральному харчуванні.

Критерії, які підтверджують діагноз НАСГ:

- відсутність в анамнезі даних про зловживання алкоголем;
- гепатомегалія;
- помірне підвищення активності трансаміназ (рівень АЛТ як правило, вище за АСТ, а відношення АЛТ/АСТ менше 2);
- нормальний або незначно підвищений рівень ЛФ та ГГТ;
- гіперліпідемія;
- УЗД-ознаки стеатоза або цироза печінки;
- характерні гістопатологічні ознаки.

Поширені причини вторинного стеатозу печінки

Макровезикулярний стеатоз:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Надмірне споживання алкоголю; - Гепатит С (генотип 3); - Хвороба Вільсона-(Коновалова); - Ліподистрофія; - Голодування; - Парентеральне харчування; - Абеталіпопротеїнемія; - Неконтрольований прийом ліків (аміодарон, метотрексат, тамоксифен, кортикостероїди). |
|---|

Мікроезиковлярний стеатоз:

- Синдром Рея;
- Тривалий прийом ліків (вальпроат, антиретровірусні препарати):
- Гостра жирова дистрофія печінки при вагітності:
- HELLP синдром;
- Вроджені порушення обміну речовин, наприклад, недостатність лецитин-холестерин ацилтрансферази (LCAT):
- Хвороба Вольмана (Wolman).

Рахункова шкала для оцінки гістологічної активності стеатогепатиту (Clinical Research Network, 2005 р.)

Ступінь стеатозу	Внутрішньодольова запальна інфільтрація (при збільшенні 200)	Балонна дистрофія гепатоцитів
0 < 5 % - 0 балів	відсутня - 0 балів	відсутня - 0 балів
5 % - 33 % - 1 бал	< 2 - 1 бал	ураження окремих клітин - 1 бал
34 % - 66 % - 2 бали	2 - 4 - 2 бали	ураження великої кількості клітин - 2 бали
> 66 % - 3 бали	> 4 - 3 бали	

Стадії фіброзу (шкала фіброзу):

- 0 - відсутній;
- 1, 1a - м'який перисинусоїдальний фіброз у 3 зоні;
- 1b - помірний перисинусоїдальний фіброз у 3 зоні;
- 1с - тільки перипортальний фіброз
- 2 - перисинусоїдальний та перипортальний фіброз у 3 зоні;

- 3 - мостоподібний фіброз:
- 4 - цироз.

Стани з встановленим зв'язком	Стани з можливим зв'язком
Ожиріння; Цукровий діабет 2 типу; Дисліпідемія; Метаболічний синдром.	Синдром полікістозних яєчників; Гіпотиреоз; Обструктивне апное уві сні; Гіпопітуїтариз; Гіпогонадізм; Панкреато-дуоденальна резекція.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Неалкогольний стеатогепатит, стадія загострення з помірною вираженою активністю.
2. Неалкогольна жирова хвороба печінки: стеатоз.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Госпіталізація здійснюється за умови:

- гепатиту нез'ясованої етіології
- НАСГ помірної або високої активності
- неефективності амбулаторного лікування гепатиту у пацієнтів з цирозом печінки, ГЦК
- для проведення біопсії, хірургічного бариатричного втручання.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА

Синдром подразненого кишечника

Класифікація

«Синдром подразненого кишечника» відноситься до функціональних захворювань, при якому порушення з боку товстої та тонкої кишок та абдомінальний дискомфорт виникає за відсутністю органічних захворювань. Головним чином хворіють люди у віці від 35 до 50 років, жінки удвічі частіше за чоловіків.

Код МКХ10: К 58.

Клінічні прояви: діарея (К 58), закріп (К 59), больовий синдром (К 58.9).

Римські критерії IV		
С. Кишкові розлади	С1. Синдром подразненого кишечника (СПК)	СПК з перевагою закрепа
		СПК з перевагою діареї
		СПК змішаного типу
		Некласифікований СПК
	С2. Функціональний закріп	
	С3. Функціональна діарея	
	С4. Функціональне абдомінальне вздуття	
	С5. Неспецифічний функціональний кишечний синдром	
	С6. Опіодіндукований кишечний синдром	

Згідно з Римськими критеріями IV, діагноз СПК вірогідний за наявності рецидивного болю в животі в середньому 1 день на тиждень упродовж останніх 3 місяців, які

поєднуються з 2 або більше наступними симптомами:

1. Зв'язок з дефекацією.
2. Асоціація зі зміною частоти випорожнення.
3. Асоціація зі зміною форми (зовнішнього виду) випорожнення).

Ці критерії дійсні, якщо спостерігаються протягом останніх 3 місяців від моменту появи симптомів за 6 міс до встановлення діагнозу.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Синдром подразненого кишечника з перевагою діареї, фаза загострення, астено-невротичний синдром.
2. Синдром подразненого кишечника з перевагою запору.
3. Синдром подразненого кишечника, больовий синдром, некласифікований, фаза загострення.
4. Функціональний закреп.
5. Функціональне абдомінальне вздуття.
6. Опіоїд-індукований кишечник синдром.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– абсолютна більшість хворих; 1-2 рази на рік – консультація гастроентеролога.

Стаціонарне лікування:

– у деякої частини хворих при не ефективному первинному лікуванні стаціонарне дообстеження у гастроентерологічних або терапевтичних відділеннях.

ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ХВОРОБИ КИШЕЧНИКА

Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90

Хронічний коліт – хронічне запалення товстого кишечника з порушенням його функції і розвитком дистрофічних, а в подальшому і атрофічних змін слизової оболонки.

Інші неінфекційні коліти (МКХ-10: К 52). – запальні захворювання товстого кишечника неінфекційного ґенезу, які складають гетерогенну групу захворювань, які обумовлені впливом різних факторів зовнішнього середовища.

Класифікація

За етіологією: інфекційний, паразитарний, аліментарний, інтоксикаційний, неспецифічний виразковий, гранульоматозний коліт і ентероколіт, ішемічний, псевдомембранозний, коліт змішаної етіології.

За локалізацією: тотальний, сегментарний (тифліт, трансверзит, сигмоїдит, проктит).

За характером морфологічних змін: катаральний, ерозивний, виразковий, атрофічний, змішаний.

За ступенем важкості: легка форма, середньої важкості, важка форма.

За перебігом: рецидивуючий, монотонний – безперевний, інтермітуючий.

За фазами захворювання: загострення, ремісії (часткова, повна).

За характером функціональних змін:

– *моторної функції:* порушення за гіпермоторним типом, порушення за гіпомоторним типом, без порушення моторної функції.

– *за проявами кишкової диспепсії:* з явищами бродильної диспепсії, з явищами гнілої диспепсії. з явищами

змішаної диспепсії, без явищ кишкової диспепсії.

За наявністю або відсутністю алергічного синдрому.

ХВОРОБА КРОНА

Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90

Хвороба Крона – хронічне рецидивуюче захворювання, специфічною особливістю якого є сегментарне, трансмуральне гранульоматозне запалення будь-якого відділу травного каналу від рота до ануса, але найбільш часто спостерігається ураження одночасно тонкої та товстої кишки та аноректальної області.

Шифри згідно МКХ-10:

- **К 50.0** – хвороба Крона тонкої кишки.
- **К 50.1** – хвороба Крона товстої кишки.
- **К 50.8** – хвороба Крона тонкої та товстої кишки.
- **К 50.9** – хвороба Крона не уточнена.

Класифікація

Локалізація: тонка, товста, тонка і товста, ураження верхніх відділів.

Ступінь тяжкості: легкий, середній, тяжкий.

Фаза захворювання: загострення, ремісія.

Ускладнення: місцеві, системні.

Симптоми	Коеф. мно-ження
Кількість епізодів рідкого випорожнення за тиждень	2
Ступінь абдомінального болю (не має – 0, незначний – 1, значний – 2, нестерпний – 3)	5

Зміни загального стану пацієнта (відсутні – 0, незначні – 1, значні – 2, тяжкі – 3, дуже тяжкі – 4)	7
Поза кишкові симптоми: артрит, вузлова еритема, афтозний стоматит, лихоманка, нориці, гангренозна піодермія, увеїт, іридоцикліт, анальні тріщини, абсцеси (не має – 0, за кожний – 1)	20
Необхідність симптоматичного лікування з приводу діареї (ні – 0, да – 1)	30
Наявність ділянок резистентності при пальпації живота (відсутні – 0, сумнівні – 2, достовірні – 5)	10
Показники гематокриту (різниця між існуючим та нормою), значення гематокриту для Ж -42, для Ч – 47)	6
Маса тіла (1 – маса тіла пацієнта/норм. Маса тіла)	100

Сума балів: менше 150 – ремісія, більш за 150 – загострення, більше за 450 – тяжке загострення.

Класифікація хвороби Крона (Монреаль, 2006)

I. Вік при установленні діагнозу:

Менше 16 років

Більше 17 років але менше 40

Більше 40 років

II. Локалізація процесу: повздошна кишка, ободкова кишка, ілеоколіт, верхні відділи ШКТ.

III. Характер перебігу: без стриктур, без пенетрації, зі стриктурами, з пенетрацією.

Монреальський перегляд (2005) Віденської класифікації зараз вважається міжнародним стандартом ділення фенотипів на підтипи при ХК. У Монреальській класифікації було зроблено два важливих коректування:

Перший, стосовно локалізації захворювання, зараз

було додано:

– верхня локалізація гастроінтестинального тракту (L4)
до трьох основних локалізацій;

– термінальна клубова кишка (L1);

– товста кишка (L2);

– тонко-товстокишкова локалізація (L3) замість того,
щоб вони вважались взаємно виключними категоріями.

Другий, стосовно категорій поведінки захворювання:

– без утворення стриктур, без пенетрації (B 1);

– з утворенням стриктур (B 2);

– з пенетрацією (B 3).

Класифікація активності захворювання при хворобі Крона		
Легка форма	Середньо-тяжка форма	Тяжка форма
Еквівалент CDAI 150-220 Наприклад, амбула- торне захворюван- ня, вживання їжі та пиття, втрата ваги < 10% . Без ознак обструк- ції, лихоманки, зне- воднення, існування утворення в черев- ній порожнині, або чутливості. СРБ звичайно під- вищується вище верхньої границі норми	Еквівалент CDAI 220- 450 Наприклад, періо- дичне блювання або втрата ваги >10% . Лікування легкої хвороби неефектив- не, або існує чутливе утворення. Очевидна обструкція відсутня. СРБ вище верхньої границі норми.	Еквівалент CDAI > 450 Наприклад, ка- хексія (індекс маси тіла <18 кг/м ²), або дані про обструкцію або абсцес. Постійні симптоми, незважаючи на інтенсивне лікування. СРБ підвище- ний.
<i>Примітка: симптоми обструкції не завжди пов'язані із за- пальною активністю і їх потрібно досліджувати з додатко- вою візуалізацією, як це далі відмічено в статті</i>		

Індекс активності хвороби Крона при капсульній ендоскопії (адаптовано з Niv Y. et al.).

А. Оцінка запалення:

0 = Не має;

1 = Від незначного до помірного набряку/еритема/утворення ерозій;

2 = Значний набряк/еритема/ерозія;

3 = Кровотеча, ексудат, афта, ерозія, невелика виразка (до 0,5 см);

4 = Середня виразка (0,5–2 см), псевдополіп;

5 = Велика виразка (більше 2 см).

В. Оцінка розповсюдженості захворювання:

0 = Не має;

1 = Фокальне (один сегмент);

2 = Вогнищеве (2–3 сегменти);

3 = Дифузне (більше 3 сегментів).

С. Оцінка стриктур:

0 = Не має;

1 = Одиначна-прохідна;

2 = Множинні-прохідні;

3 = Обструкція (немає прохідності).

СЕСDAI = проксимальні ([A1 . B1] + C1) + дистальні ([A2 . B2] + C2)

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90

Неспецифічний виразковий коліт – це гостре або хронічне запалення всієї або окремих частин товстої кишки неспецифічного характеру, яке характеризується утворенням виразок на слизовій оболонці товстої кишки, їх нагноєнням, кровотечею, склеротичною деформацією стінки кишки.

Клінічна класифікація неспецифічного виразкового коліту

Форми за локалізацією:

- Виразковий(хронічний) ентероколіт. **МКХ-10: К 51.0.**
- Виразковий (хронічний) ілеоколіт. – **К 51.1.**
- Виразковий (хронічний) проктит. – **К 51.2.**
- Виразковий (хронічний) ректосигмоїдит. – **К 51.3.**
- Запальні поліпи товстої кишки – **К.51.4.**
- Лівосторонній коліт – **К 51.5.**
- Інший виразковий коліт – **К 51.8.**
- Виразковий коліт нез'ясований **К 51.9.**

Характер перебігу: блискавичний, гострий, хронічний рецидивуючий, хронічний безперервний.

Фаза захворювання: загострення, ремісія, зворотного розвитку.

Ступінь тяжкості: легка, середня, важка.

Легка форма – стул кашеподібний менше 5 разів на добу, незначні домішки крові та слизу, відсутність лихоманки, тахікардії, анемії, задовільний загальний стан.

Середня важкість – рідкий стул 5-8 разів на добу, домішки крові та слизу, помірна лихоманка, тахікардія, анемія, задовільний загальний стан.

Тяжка форма – тяжка діарея (більше 8 разів на добу), значний домішок крові, слизу, гній у калових масах, лихоманка більше 38°C, тахікардія, анемія (гемоглобін менше 90 г/л), загальний стан тяжкий або дуже тяжкий.

Ступінь активності запалення (за даними ендоскопії): мінімальна, помірна, виражена.

Ускладнення: місцеві, системні, поза кишечникові прояви.

Місцеві ускладнення: перфорація, кровотеча, стриктури, псевдополіпоз, кишкові фістули, малігнізація.

Системні ускладнення: реактивний гепатит, токсичний гепатит, склерозивний холангіт, стоматит, вузлова еритема, гангренозна піодермія, епісклерит, поліартрит, дерматози.

Поширеність виразкового коліту <i>(Монреальська класифікація)</i>		
Тер- мін	Поширеність	Опис
E1	Проктит	ураження обмежується прямою кишкою (тобто проксимальна межа області запалення розташована дистальніше ректосигмоїдного переходу)
E2	Лівобічний (дистальний)	ураження обмежується частиною товстої кишки, що розташована дистальніше селезінкового кута ободової кишки «дистальний» коліт)
E3	Поширений (панколіт)	ураження поширюється проксимальніше селезінкового кута ободової кишки, включаючи панколіт

Монреальська класифікація активності перебігу виразкового коліту				
S0		S1	S2	S3
Ремісія		Легкого перебігу	Середньотяжкого перебігу	Тяжкого перебігу
Кількість випорожнень/день	Без патологічних симптомів	≤4	>4	≥6 та
Кровотеча		Може бути наявна	Наявна	Наявна
Пульс		Показники в нормі	Мінімальні зміни або відсутність ознак інтоксикації	>90/хв. або
Температура				>37,5°C або
Гемоглобін				<10,5 г/дл або
ШОЕ				>30 мм/год

Активність перебігу виразкового коліту за критеріями Трулава та Віттса			
	Легкий перебіг	Перебіг середньої тяжкості «між легким та тяжким перебігом»	Тяжкий перебіг
Кількість кривавих випорожнень/день	< 4	4 або більше якщо	≥ 6 та
Пульс	<90 ударів/хвилину	≤90 ударів/хвилину	> 90 ударів/хвилину
Температура	<37,5 °C	≤ 37,8 °C	> 37,8°C
Гемоглобін	>11,5 г/дл	≥ 10,5 г/дл	< 10,5 г/дл
ШОЕ	<20 мм/год	≤ 30 мм/год	> 30 мм/год
СРБ	Нормальний	≤ 30 мг/л	> 30 мм/год

Монреальська класифікація активності захворювання при ВК				
	S0 ремісія	S1 легка форма	S2 проміжна форма	S3 важка форма
Частота випорожнень/день	В межах норми	≤ 4	> 4	≥ 6
Кров у випорожненнях	Відсутня	Може бути присутня	Присутня	Присутня
Пульс	В межах норми	Будь-який	Мінімальний або взагалі не визначається	> 90 ударів/хв. або
Температура	В межах норми	В межах норми	Як при системних інфекціях	> 37,5°C або
Гемоглобін				< 10,5 г/дл або
СРБ				> 30 мм/год

Шкала Мейо				
Індекс Мейо	0	1	2	3
Частота випорожнень	Норма	1-2 рази на день більше норми	3-4 рази на день більше норми	П'ять разів на день більше норми
Ректальна кровотеча	Відсутня	Із прожилками крові	Очевидна	Інтенсивна
Стан слизової оболонки	Норма	Слабка кровоточивість	Кровоточивість середньої інтенсивності	Спонтанна кровотеча
Загальна оцінка лікаря	Норма	Легкого перебігу	Середньотяжкого перебігу	Тяжкого перебігу

СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Код МКХ-10: К 55.

- *Гострі судинні захворювання кишечника*
- *Хронічні судинні захворювання кишечника:*

Хронічний ішемічний: коліт, ентерит, ентероколіт.

Ішемічна стриктура кишечника

Мезентеріальна судинна недостатність.

ХВОРОБА УІППЛА

Код МКХ-10: К 90.8.

Хвороба Уіппла – системне захворювання тонкої кишки, яке викликане *Tropherynia whipplei* з переважним

ураженням тонкого кишечника, яке перебігає з синдромом мальабсорбції та системними проявами.

ЦЕЛІАКІЯ (ГЛЮТЕНОВА ЕНТЕРОПАТІЯ)

Код МКХ-10: К 90.0

Целиакія – хронічне аутоімунне захворювання, яке вражає кишковий канал та має генетичну прихильність у осіб, які не переносять білок злаків.

Клінічні форми: класична, атипова, латентна.

Морфологічні стадії: 0, I, II, III, IV.

ДИСБІОЗ КИШЕЧНИКА АБО СИНДРОМ НАДЛИШКОВОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Код МКХ-10: К63.8.0

Дисбіоз кишечника – синдром, який спостерігається при багатьох захворюваннях кишечника, при патології тонкого кишечника характеризується збільшенням у ньому кількості мікробних тіл з перевагою ешерихій, клебсієл, ентерококів, лактобактерій; в товстому кишечнику – зменшення кількості лакто-біфідумбактерій та збільшення ешерихій, стрепто-стафілококів, клебсієл, протея, дрожжових грибів.

Класифікація за МКХ-10:

- Дисбіоз кишечника
- Первинний дисбіоз кишечника
- Вторинний дисбіоз кишечника

Класифікація з урахуванням клінічної форми:

- Латентна (компенсована).
- Локальна (субкомпенсована).
- Розповсюджена (декомпенсована) з бактеріємією, генералізацією інфекції, септикопіємією.

Класифікація за ступенем важкості:

I ступінь – кількість анаеробів, лактобактерій не змінюється, збільшується або зменшується кількість кишкової палички, умовно-патогена флора в межах норми.

II ступінь – кількість анаеробів, – на нижній межі норми або зменшено, зменшується кількість нормальної кишкової палички, збільшується кількість атипівних штамів, можуть з'являтися гемолізуючі колонії кишкової палички та стафілококів. Збільшується кількість умовно-патогеної флори.

III ступінь – зменшується кількість біфідумбактерій, кишкова паличка представлена атипівними формами, знижується кількість лакто бактерій, зріст кількості умовно-патогеної флори.

IV – біфідумбактерії відсутні, кишкова паличка представлена невеликою кількістю атипівних штамів, умовно-патогена флора дає зріст у асоціаціях, хоча може бути однією домінантою.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Хвороба Крона з переважним ураженням тонкої кишки (єюноілеїт), запальна форма, легкого ступеня тяжкості, активна стадія.

2. Хвороба Крона з ураженням тонкої кишки, середнього ступеня тяжкості у фазі загострення, нориці.

3. Хвороба Крона з переважним ураженням тонкого кишківника (дифузний єюноілеїт), активна фаза, ускладнення – структура тощої кишки та часткова тонко - кишкова непрохідність (К 50.0).

4. Хвороба Крона з переважним ураженням товстого кишечника в стадії нестійкої ремісії(К 50.1)

5. Хвороба Крона з ураженням тонкого та товстого кишечника, тяжка форма з формуванням міжкишечних абсцесів, активна фаза (К 50.8).

6. Неспецифічний виразковий коліт, хронічно рецидивуючий перебіг, з ураженням прямої та сигмоподібної кишки, фаза загострення, середнього ступеню тяжкості, помірна активність.

7. Неспецифічний виразковий проктосигмоїдіт, хронічний рецидивуючий перебіг, легкий ступень тяжкості, активна стадія.

8. Неспецифічний виразковий коліт, Е3, тяжкого ступеня в активній фазі, хронічний безперервний перебіг, реактивний гепатит.

9. Неспецифічний виразковий коліт, Е2 середнього ступеня важкості, активна фаза, хронічний рецидивуючий перебіг, артрит лівого колінного суглоба.

10. Неспецифічний виразковий коліт, Е1 (проктосигмоїдіт) легкого ступеня, активна фаза, хронічний рецидивуючий перебіг.

11. Хронічний післяінфекційний коліт, з гіпомоторною дискінезією, фаза загострення.

12. Хвороба Уіппла з синдромом мальсорбції, середнього ступеня важкості, залізодефіцитна анемія, артрит лівого колінного суглоба.

13. Дисбіоз кишечника, асоційований з прийомом антибіотиків.

14. Дисбіоз кишечника на тлі хронічного функціонального закрепку.

15. Целіакія, латентна форма, залізодефіцитна анемія.

16. Хронічний медикаментозний коліт обумовлений прийомом НПЗЗ, з переважним ураженням висхідної ободової кишки, тяжкий перебіг.

17. Хронічний ішемічний коліт з ураженням ділянки селезінкового вигину попереково-ободової кишки, середнього ступеня тяжкості

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

Нагляд – 2 рази на рік гастроентеролог, терапевт, при необхідності – хірург або хірург-проктолог.

– лікування та обстеження абсолютної більшості хворих.

Стаціонарне лікування:

- дообстеження для виключення органічної патології;
- при неефективності первинного лікування.

Госпіталізація пацієнтів з хронічними запальними хворобами кишечника здійснюється у випадку:

– вперше виявленого виразкового коліту чи хвороби Крона;

- поширеного виразкового коліту;
- виразкового коліту середнього та важкого перебігу;
- хвороби Крона середнього та важкого перебігу;
- необхідності проведення інтенсивної терапії;
- наявності показань до хірургічного лікування.

РЕВМАТИЧНІ ХВОРОБИ

Наказ МОЗ України від 12.10.06 № 676

ГОСТРА РЕВМАТИЧНА ЛИХОМАНКА

Гостра ревматична лихоманка – системне запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу у серцево-судинній системі, розвиток якого пов’язаний з гострою інфекцією β -гемолітичним стрептококом групи А у повернутих осіб, головним чином дітей і підлітків 7-15 років.

Код МКХ-10.

Гостра ревматична лихоманка без ураження серця – **I 00.**

Гостра ревматична лихоманка з ураженням серця – **I 01.**

Гострий ревматичний перикардит – **I 01.0.**

Гострий ревматичний ендокардит – **I 01.1.**

Гострий ревматичний міокардит – **I 01.2.**

Інші гострі ревматичні хвороби серця – **I 01.8.**

Гостра ревматична хвороба серця не уточнена – **I 01.9.**

Ревматична хорея – **I 02.**

Клінічна класифікація

Рекомендації Асоціації ревматологів України, 2003

Клінічні прояви		Наслідки	Серцева недостатність	
основні	додаткові		стадія	функціональний клас
Кардит Артрит Хорея Кільцеподібна еритема Ревматичні вузлики	Лихоманка Артралгія Абдомінальний синдром Серозити	Без вад серця З вадю серця	I IIA IIB III	I II III IV

Хронічна ревматична хвороба серця

МКХ-10

Ревматична хвороба мітрального клапана – **I 05.**

Ревматична хвороба аортального клапана – **I 06.**

Ревматична хвороба тристулкового клапана – **I 00.**

Ураження декількох клапанів – **I 08.**

Інші ревматичні хвороби серця – **I 09.**

Хронічна ревматична хвороба				
Активність процесу	Клінічні прояви	Стадії набутих вад	Серцева недостатність	
			Стадія	Функціональний клас
Неактивна	Ваді серця	I	I	I
Активна:		II	IIA	II
I – мінімальна		III	IIB	III
II – помірна		IV	III	IV
III – висока		V		

Критерії активності ревматичного процесу

I – мінімальна – мінімальні симптоми кардиту, лабораторні показники у межах норми або окремі з них декілька підвищені.

II – помірна – помірні клінічні прояви (симптоми кардиту, субфібрилітет, поліартрит, поліартралгії). Лабораторні показники: нейтрофільний лейкоцитоз, – до $10 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 20-30 мм/год, СРБ – +, ++, альфа₂-глобуліни – 11-13%, гама-глобуліни – 22-25%, сіркомукоїд – 0,2-0,6, ДФА – 0,25-0,03 Од, АСЛ-О та АСК підвищений у 1,5-2 рази.

III – висока – міокардит, перикардит, поліартрит,

пневмонія. Лабораторні показники: нейтрофільний лейкоцитоз, – до $10\text{-}12 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ понад 40 мм/год, СРБ – +++, +++++, альфа₂-глобуліни – 13-14%, гама-глобуліни – 25%, сіромукоїд – 0,2-0,6, ДФА – 0,25-, 05 Од, АСЛ-О та АСК підвищений у 3-5 разів.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гостра ревматична лихоманка: кардит, поліартрит, активність III ст., А-В блокада I ступеня, СН II А з систолічною дисфункцією, НУНА ФК III.

2. Гостра ревматична лихоманка: хорія, активність II ст.

3. Рецидивуюча (повторна) ревматична лихоманка: кардит, активність II ст., комбінована мітральна вада серця без переваги II ст., СН II А, зі збереженою ФК, НУНА ФК II.

4. Хронічна ревматична хвороба, неактивна фаза, комбінована мітральна вада серця з перевагою стенозу III стадії, СН ІІБ, з систолічною дисфункцією, ФК IV за НУНА.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування більшості хворих в неактивний період захворювання під наглядом кардіолога, ревматолога.

Стаціонарне лікування:

– гостра ревматична лихоманка
– хронічна ревматична хвороба в активній фазі, при наявності симптомів порушень ритму, декомпенсації вади серця, підготовці хворого для хірургічного втручання.

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

наказ МОЗ України від 11.04.2014 № 263

Ревматоїдний артрит (РА) – аутоімунне системне захворювання сполучної тканини з прогресуючим ураженням суглобів ерозивно-деструктивним процесом.

Код МКХ-10.

Серопозитивний РА – М 05.

Синдром Фелті – М 05.0.

РА з ураженням інших органів та систем – М 05.3.

Серопозитивний РА не уточнений – М 05.9.

Серонегативний РА – М 06.0.

Показники	Ступінь активності РА			
	0	1	2	3
Біль, ВАШ, см	0	До 3	4-6	> 6
Ранкова скутість, хв.	Немає	30-60	До 12 год	Протягом дня
ШОЕ, мм/год	≤ 15	16-30	31-45	> 45
С-реактивний протеїн (у.о.)	≤ 1	≤ 2	≤ 3	> 3

Хвороба Стила у дорослих – перебіг РА у дорослих, який відповідає клінічним проявам синдрому Стила у дітей.

Ювенільний ревматоїдний артрит – хронічне запальне захворювання суглобів із невизначеними етіологією та патогенезом, яке почалося у дитини до 16-літнього віку.

	Класифікація РА
Клінічні форми	<u>Серопозитивний РА</u> – поліартрит, – ревматоїдний васкуліт (дігітальний артеріт, хронічні виразки шкіри, синдром Рейно та ін.), – ревматоїдні вузлики, полінейропатія, – ревматоїдні захворювання легень (альвеоліт, ревматоїдна легеня), – синдром Фелті. <u>Серонегативний РА</u> – поліартрит, – синдром Стила у дорослих
Ступінь активності	0-ремісія I – низька II – середня III – висока
Морфологічна стадія	I – синовіт (гострий, підгострий, хронічний) II – продуктивнодистрофічний III – анкілозування
Рентгенологічні стадії	I – навколосуглобовий остеопороз II – остеопороз + звуження суглобової щілини, можуть бути поодинокі узори III – остеопороз + звуження суглобової щілини + множинні узори IV – остеопороз + звуження суглобової щілини + множинні узори + кісткові анкілози
Функціональна активність	1. Життєво важливі маніпуляції виконуються без труднощів 2. Виконуються з труднощами 3. Зі сторонньою допомогою
Примітка: морфологічна стадія діагностується за наявності даних УЗД суглобів та морфологічного дослідження синовії.	

Класифікація РА (оновлена).

1. Основний діагноз:

- Серопозитивний РА.
- Серонегативний РА.
- Особливі клінічні форми: синдром Фелті, хвороба Стіла.

- Ймовірний РА.

2. Клінічні стадії та тривалість хвороби:

- Дуже ранній – до 3 місяців.
- Ранній – до 6 місяців.
- Середньої тривалості – від 6 місяців-24 місяців.
- Тривалий – більше 24міс

3. Ступінь активності хвороби:

- 0 – ремісія – DAS 28 – менше 2,6.
- I (низька) DAS 28 – 2,63-3,2.
- II (середня) – DAS – 28 3,3-5,1.
- III (висока) – DAS28 – більше 5,1.

4 Системні та екстраартикулярні ознаки: шкіра, серце, легені, судини, очі, нерви, селезінка) РА:

5 Інструментальна діагностика:

- Наявність або відсутність ерозій за даними рентгенографії, МРТ УЗД – неерозивний, ерозивний.

Рентгенологічна стадія

- I – навколосуглобовий остеопороз, незначне звуження суглобових щілин;
- II – остеопороз + звуження суглобової щілини, можуть бути поодинокі узури;
- III – остеопороз + звуження суглобової щілини + множинні узури, деформації кісток, підвивихи та вивихи суглобів;
- IV – остеопороз + звуження суглобової щілини + множинні узури + кісткові анкілози.

6 Додаткова імунологічна характеристика – АЦЦП:

- АЦЦП – присутні (+);

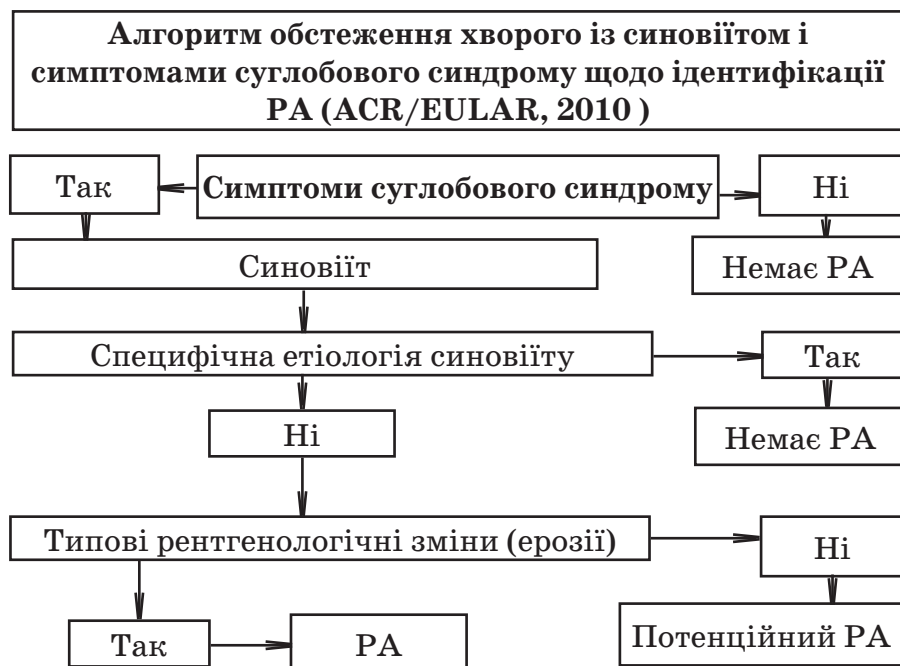
- АЦЦП – відсутні (-).

7 Функціональний клас:

- I – повністю збережені можливості самообслуговування, займатися непрофесійною і професійною діяльністю;
- II – збережені можливості самообслуговування, займатися непрофесійною діяльністю, обмежена здатність займатися професійною діяльністю;
- III – збережені можливості самообслуговування, обмежені можливості займатися непрофесійною та професійною діяльністю;
- IV – обмежені можливості самообслуговування, займатися непрофесійною і професійною діяльністю.

8 Ускладнення: вторинний системний амілоїдоз, вторинний артроз, остеопороз (системний), остеонекроз, тунельні синдроми, підвивихи, атеросклероз.

Класифікаційні критерії РА (2010)



Критерії діагнозу ревматоїдного артриту (ACR/EULAR, 2010)

Цільова група (кого потрібно оцінювати за даними критеріями?) – пацієнти у яких:

1. Наявні чіткі симптоми синовіїту принаймні одного суглоба (припухлість).¹
2. Наявність синовіїту не може бути краще пояснена іншим захворюванням.²

Класифікаційні критерії РА (алгоритм заснований на визначенні суми балів категорій A-D; для встановлення діагнозу «явний РА» потрібна сума балів ≥ 6 з 10).³

A. Залучення суглобів⁴	
Один великий суглоб	0
2-10 великих суглобів	1
1-3 дрібних суглоба (із чи без залучення великих) ⁵	2
4-10 дрібних суглобів (із чи без залучення великих)	3
>10 суглобів (з них принаймні один дрібний) ⁶	5
B. Серологічні критерії (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу)⁷	
Негативний РФ та негативний АЦЦП	0
Слабо-позитивний РФ чи слабо-позитивні АЦЦП	2
Різко-позитивний РФ чи різко-позитивні АЦЦП	3
C. Гострофазові показники (для класифікації потрібні результати принаймні одного аналізу)⁸	
Нормальний рівень СРБ та нормальна ШОЕ	0
Підвищення СРБ чи підвищення ШОЕ	1
D Тривалість симптомів⁹	
<6 тижнів	0
≥ 6 тижнів	1

¹Критерії спрямовані на класифікацію пацієнтів із вперше виявленим захворюванням. Пацієнти, які мають ерозивні зміни, характерні для РА або відповідний анамнез, який ретроспективно задовольняв би критерії ACR/EULAR 2010 р., повинні бути класифіковані, як ті, які мають РА.

²Диференційний діагноз може відрізнятися серед пацієнтів із різними маніфестаціями хвороби, але може включати такі захворювання, як системний червоний вовчак, псоріатичний артрит та подагру. Якщо є сумніви щодо диференційного діагнозу, повинна бути проведена консультація експерта – ревматолога.

³Хоча пацієнти які мають кількість балів < 6 з 10 не можуть бути класифіковані, як ті що мають РА, їх статус з часом може бути оцінений повторно і задовольняти діагностичні критерії РА.

⁴Під «залученням суглобів» розуміють будь-який болючий чи припухлий суглоб під час об'єктивного обстеження, що може підтверджуватися ознаками синовіїту за результатами візуалізуючих інструментальних методів обстеження. Дистальні міжфалангові, перші зап'ясно-п'ястні, перші плеснефалангові суглоби не оцінюються. Категорії залучення суглобів класифікуються згідно їх кількості та розташування. Хворого потрібно відносити до категорії з найбільшою можливою кількістю балів згідно кількості та характеру залучення суглобів. Наприклад, якщо у пацієнта є синовіт чотирьох великих та двох дрібних суглобів, він відноситься до категорії «1-3 дрібних суглоба».

До «великих суглобів» відносяться плечові, ліктьові, кульшові, колінні та гомілково-ступневі суглоби.

⁵До «дрібних суглобів» відносяться п'ястнофалангові, проксимальні міжфалангові, 2-5 плеснефалангові суглоби, міжфалангові суглоби перших пальців кисті та променево-зап'ясткові суглоби.

⁶В цій категорії хоча б один із залучених суглобів має бути дрібним. Інші суглоби можуть включати будь-які комбінації малих та великих суглобів. Для включення пацієнта у цю категорію можуть використовуватися й інші суглоби, які не зазначені у даному переліку.

⁷«Негативний» результат відповідає значенню, що менше або дорівнює верхній межі норми (ВМН) показника в даній лабораторії; «слабо-позитивний» результат – значення $> \text{ВМН}$ але $\leq 3 \times \text{ВМН}$; «високо-позитивний» результат – значення $> 3 \times \text{ВМН}$ даної лабораторії. Якщо результати аналізу на РФ оцінюються лише як «позитивний» чи «негативний», то «позитивний» результат такого аналізу відповідає «слабопозитивному» РФ у даних класифікаційних критеріях. Анти-ЦЦП – антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду.

⁸Нормальні/підвищені показники визначаються за стандартами кожної конкретної лабораторії. СРБ – С-реактивний білок, ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів.

⁹Тривалість симптомів синовіту (біль, припухлість) визначається зі слів пацієнта щодо суглобів, які на момент оцінки мають клінічні ознаки залучення.

Алгоритм визначення активності РА.

Активність захворювання при РА визначається за допомогою таких клінічних індексів: DAS 28 – індекс активності захворювання з урахуванням 28-ми суглобів (2 плечових, 2 ліктьових, 2 променезап'ясткових, по 2 п'ясно-фалангових 1-5 пальців кисті, 2 міжфалангових 1 пальця та по 2 проксимальних міжфалангових 2-5 пальців кисті, 2 колінних); SDAI – спрощений індекс активності захворювання; CDAI – клінічний індекс активності захворювання. На сьогодні найбільш доказово обґрунтованим та уніфікованим для використання в клінічній практиці залишається DAS 28.

Формули для підрахунку індексів активності захворювання:

$$\text{DAS 28} = 0,56\sqrt{\text{ЧБС}} + 0,28\sqrt{\text{ЧПС}} + 0,70[\ln(\text{ШОЕ})] + 0,0143\text{ОЗП}.$$

Для обрахунку слід використовувати стаціонарні калькулятори або офіційні онлайн-калькулятори:

<http://www.das-score.nl/das28/DAScalculators/dasculators.html> або

<http://www.4s-dawn.com/DAS28/> або

<http://prodiagnosi.com/DAS28/> (російськомовний)

$$\text{SDAI} = \text{ЧБС} + \text{ЧПС} + \text{ЗОАЗП} + \text{ЗОАЗЛ} + \text{СРБ}$$

$$\text{CDAI} = \text{ЧБС} + \text{ЧПС} + \text{ЗОАЗП} + \text{ЗОАЗЛ},$$

де ЧБС – число болючих суглобів (0-28), ЧПС – число суглобів з припухлістю (0-28), ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів в мм/год, ЗОЗП – загальна оцінка здоров'я пацієнтом, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в мм (0-100), ЗОАЗП – загальна оцінка активності захворювання пацієнтом, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в см (0-10), ЗОАЗЛ – загальна оцінка активності захворювання лікарем, оцінюється за візуально-аналоговою шкалою в см (0-10), СРБ – вміст С-реактивного білка в сироватці крові в мг/дл (при використанні методик, для яких нормальні значення складають <1 мг/дл, діапазон вимірювань – від 0,1 до 10 мг/дл).

Порівняльна характеристика індексів активності хвороби			
Елемент	SDAI	CDAI	DAS 28
Число суглобів із припухлістю	Звичайний підрахунок 0-28	Звичайний підрахунок 0-28	$0,28\sqrt{\text{ЧПС}}$ 0 – 1,48
Число болючих суглобів	Звичайний підрахунок 0-28	Звичайний підрахунок 0-28	$0,56\sqrt{\text{ЧБС}}$ (0-28) 0-2,69

Реактанти го- строї фази	СРБ в мг/дл 0,1 – 10	–	0,7 [ln (ШОЕ)] 0,49-3,22
Загальна оцінка здоров'я пацієн- том	–	–	0,07 ВАШ (ві- зуально-ана- логова шкала в мм) (0-1,4)
Загальна оцін- ка активності захворювання пацієнтом	Візуально- аналогова шкала в см 0-10	Візуально- аналогова шкала в см 0-10	
Загальна оцін- ка активності захворювання лікарем	Візуально- аналогова шкала в см 0-10	Візуально- аналогова шкала в см 0-10	
Діапазон зна- чень індексу	0,1-86	0-76	0,49-9,07

Критерії активності захворювання залежно від значень індексів <i>DAS 28, CDAI та SDAI.</i>			
Критерій	SDAI	CDAI	DAS 28
Ремісія	≤ 3,3	≤ 2,8	≤ 2,6
Низька активність захворювання	≤ 11	≤ 10	≤ 3,2
Помірна активність захворювання	≤ 26	≤ 22	≤ 5,1
Висока активність захворювання	> 26	> 22	> 5,1

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Ревматоїдний артрит, серопозитивний варіант (РФ та анти-ЦЦП – позитивний), активна фаза, активність III ступеня, поліартрит з переважним ураженням суглобів кистей, III рентгенологічна ст., променево-зап'ясткових,

плечових, колінних суглобів (II Ro стадія), ПФС II ст.

2. Ревматоїдний артрит, серопозитивний варіант (анти-ЦЦП – позитивний), активна фаза, III ступінь, поліартрит з переважним ураженням кистей і колінних суглобів, II Ro стадія, ПФС II ст., ревматоїдна хвороба легень, полінейропатія.

3. Ревматоїдний артрит, серонегативний варіант, активна фаза, активність II ступеня, поліартрит з переважним ураженням суглобів кистей і стоп, I Ro стадія, ПФС I ст.

4. Ревматоїдний артрит, поліартрит, серонегативний варіант, I ст. активності, Ro II ст., ПФС II ст.

5. Ревматоїдний артрит, серопозитивний варіант (РФ та анти ЦЦП –позитивний), III ст. активності, з системними проявами (ревматоїдні вузлики, лімфаденопатія, пульмоніт, ЛН I ст.), поліартрит, Ro IV ст., ПФС III ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії захворювання під наглядом ревматолога. При РА пацієнти потребують постійного прийому хворобо-модифікуючої терапії, яка дозволяє запобігти первинній інвалідності та продовжити життя хворих.

Стаціонарне лікування:

– вперше виявлений ревматоїдний артрит;
– в період загострення або появи ускладнень, лікування яких потребує стаціонарного спостереження хворого.

Направлення на спеціалізоване лікування

Направляти на консультацію до спеціаліста будь-яку людину при підозрі на стійкий синовіт невстановленої етіології.

Направляти терміново, якщо має місце будь-який з таких моментів:

- ураження дрібних суглобів кистей або стоп;
- ураження більше одного суглоба;
- тривалість від початку симптомів до звернення за медичною допомогою становить три і більше місяців.

СПОНДИЛОАРТРОПАТІЇ

Група *серонегативних спондилоартритів* об'єднує такі захворювання: ідіопатичний анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева), псоріатичний артрит, синдром Рейтера, реактивні артрити, ентеропатичні артрити.

АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Штрюмпеля-Марі-Бехтерева) – хронічне системне запальне захворювання хребта та суглобів.

Код МКХ-10 – М 45.

Класифікація АС		
Форма	Центральна (осьова)	Ураження хребта і осьових суглобів (плечових, кульшових) без ураження периферичних суглобів
	Периферична	Ураження периферичних суглобів окремо чи в поєднанні з ураженням хребта і осьових суглобів
	Вісцеральна	Сполучення центральної чи периферичної форми з ураженням внутрішніх органів (аортит, тощо)

Передбач	Повільно прогресуючий	
	Повільно прогресуючий з періодами загострення	
	Швидко прогресуючий	За короткий термін призводить до розвитку анкілозу
Клінікорентгенологічні стадії	I початкова (рання)	Помірне обмеження рухів у хребті або в уражених суглобах; рентгенологічні зміни відсутні або виявляється нечіткість або нерівність поверхонь крижово-клубових суглобів, ділянки з субхондрального остеосклерозу, розширення суглобових щілин
	II помірні ураження	Обмеження рухів у хребті або в уражених суглобах; звуження щілини крижово-клубових суглобів, або їх часткове анкілозування, звуження міжхребцевих суглобових щілин або ознаки анкілозу суглобів хребта
	III (пізня)	Значне обмеження рухів у хребті або в великих суглобах кінцівок внаслідок анкілозування, кістковий анкілоз крижово-клубових суглобів, міжхребцевих і реберно-хребцевих суглобів з наявністю осифікації зв'язкового апарату
Ступінь активності	0 (відсутня)	Відсутність скутості і болю у хребті та у суглобах кінцівок, ШОЕ до 20 мм/год, СРБ – негативний
	I (мінімальна)	Невелика скутість, болю у хребті та у суглобах кінцівок зранку, ШОЕ до 20 мм/год, СРБ – «+»
	II (помірна)	Постійний біль у хребті та суглобах кінцівок, ранкова скутість протягом декількох годин, ШОЕ до 40 мм/год, СРБ – «++»

Ступінь активності	III (виражена)	Постійний біль у хребті та суглобах кінцівок, скутість протягом всього дня, ексудативні зміни у суглобах, субфебрильна температура тіла, вісцеральні прояви, ШОЕ понад 40 мм/год, СРБ – «+++ /++++»
ПФС	I	Зміна фізіологічних згинів та обмеження рухливості хребетного стовпа та суглобів кінцівок, самообслуговування збережене або незначно порушене
	II	Значне обмеження рухливості хребетного стовпа і суглобів кінцівок, внаслідок чого хворий повинен змінити професію, самообслуговування значно порушене
	III	Анкілоз всіх відділів хребетного стовпа і кульшових суглобів, втрата працездатності, неможливість самообслуговування
Рентгенологічні стадії сакроіліїту	0	Норма
	I	На фоні рівномірного остеопорозу виявлені ділянки склерозу, в субхондральному відділі суглоба щілина нерівномірно розширена, суглобові поверхні втрачають чіткість
	II	Збільшується виразність субхондрального склерозу, фрагментуються замикаючі пластинки, суглобові щілини нерівномірно звужені, окостеніння крижово-клубових зчленувань, картина "нитки перлів"
	III	Ерозії, значне звуження суглобової щілини, частковий анкілоз, крижово-клубових суглобів, окостеніння зв'язкового апарату
	IV	Анкілоз крижово-клубових суглобів

Інтегральний індекс активності захворювання при хворобі Бехтерева (BASDAI)

Цей інструмент тестування також може бути заповнений пацієнтами на сайті в мережі Інтернет за адресою <http://basdai.com/BASDAI.php>

Будь ласка, розмістити позначку в кожному рядку нижче, щоб вказати свою відповідь на кожне питання, що стосується **минулого тижня**:

1. Як би Ви описали загальний рівень втоми / слабкості, який Ви відчували?

ВІДСУТНІЙ _____ ДУЖЕ ЗНАЧНИЙ

2. Як би Ви описали загальний рівень болю, який у Вас був при AS (анкілозуючому спондиліті) у шиї, спині або стегні?

ВІДСУТНІЙ _____ ДУЖЕ ЗНАЧНИЙ

3. Як би Ви описали загальний рівень болю / припухлості (набряку), який у Вас був у відмінних від шиї суглобах, спині, стегнах?

ВІДСУТНІЙ _____ ДУЖЕ ЗНАЧНИЙ

4. Як би Ви описали загальний рівень дискомфорту, який у Вас був у будь-яких зонах, хворобливих на дотик або тиск?

ВІДСУТНІЙ _____ ДУЖЕ ЗНАЧНИЙ

5. Як би Ви описали загальний рівень ранкової скрутості, який у Вас був з моменту пробудження?

ВІДСУТНІЙ _____ ДУЖЕ ЗНАЧНИЙ

6. Коли Ви прокинулись зранку, як довго відчувалась жорсткість?

_____/_____/_____/_____/_____

0 год / 0,5 год / 1 год / 1,5 год / 2 чи більше години.

Інтегральний функціональний індекс при хворобі Бех- тєрева (BASFI)

Цей тест також може бути заповнений пацієнтами в Ін-
тернеті за адресою <http://basdai.com/BASFI.php>

Дата _____ П.І.Б. пацієнта _____

Будь ласка, поставте знак в кожному рядку нижче, щоб
вказати вашу здатність для кожного з наступних видів ак-
тивності, протягом минулого тижня:

1. Одягати шкарпетки або колготки без допомоги або
сторонніх засобів (наприклад, пристрій для шкарпеток)?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

2. Чи можете Ви нахилитися вперед, щоб забрати ручку
з підлоги без допомоги?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

3. Можете Ви дотягнутися до високої полиці без допо-
моги або засобів (наприклад, «подовжувача» руки)?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

4. Чи встанете Ви зі стільця (без підлокітників) без ви-
користання рук або будь-якої іншої допомоги?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

5. Чи встанете з підлоги (лежачи на спині) без допомоги?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

6. Чи можете стоячи рівно протягом 10 хвилин, не від-
чуваючи дискомфорту?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

7. Підніметесь по сходах 12-15 кроків без використання

перил або пристроїв для допомоги при ходінні (підйом на одну ступінь однією ногою на кожному кроці)?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

8. Чи можете дивитись через плече, не повертаючи своє тіло?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

9. Чи нормально здійснюєте діяльність з фізичними навантаженнями (наприклад, лікувальна фізкультура, садівництво або фізкультура)?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

10. Чи можете працювати повний день, будь то вдома чи на роботі?

ЛЕГКО ----- НЕМОЖЛИВО

0

10

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева), центральна форма, II стадія, повільно прогресуючий перебіг, активність II ступеня, двобічний сакроілеїт Ro III ст., спондиліт поперекового відділу хребта Ro II стадії, ПФС II.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії захворювання під наглядом ревматолога.

Стаціонарне лікування:

- вперше виявлений анкілозуючий спондилоартрит;
- в період загострення захворювання.

ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ
наказ МОЗ України від 20.11.2015 № 762

Псоріатичний артрит – хронічне прогресуюче системне захворювання суглобів, асоційоване з псоріазом з переважною локалізацією процесу в тканинах опорно-рухового апарату, яке призводить до розвитку ерозивного артриту, остеолізу, спонділоартриту.

Код МКХ-10: М 07.0-М 07.3.

L40 Псоріаз МКХ-10.

L40.0 Псоріаз звичайний (вульгарний):

Монетоподібний псоріаз.

Бляшкоподібний псоріаз.

L40.1 Генералізований пустульозний псоріаз:

Імпетиго герпетиформне.

Хвороба Цумбуша.

L40.2 Акродерматит стійкий (Аллопо).

L40.3 Псоріаз долоней і підшов.

L40.4 Псоріаз краплеподібний.

L40.5 Псоріаз артропатичний (М 07.0 – М 07.3*, М 09.0*).

L40.8 Інший псоріаз:

Згинальний інверсний псоріаз.

L40.9 Псоріаз невизначений.

Класифікація псоріазу	
Характер і стадія псоріазу	Фаза і ступінь активності
А. Характер	А. Активна
1. Вульгарний осередковий, поширений	1. Мінімальна
2. Ексудативний	2. Помірна
3. Атиповий: пустульозний, еритродермічний, рупіодний)	3. Максимальна

Б. Стадія 1.прогресуюча 2. стаціонарна 3. регресуюча	Б. Ремісія
В. Псоріаз нігтів	
М. Псоріатична артропатія	

Класифікація псоріатичної артропатії

1. Клінічні форми

- тяжка
- звичайна
- злаякісна
- псоріатичний артрит у поєднанні з системним захворюванням сполучної тканини, ревматизмом, хворобою Рейтера, подагрою

2. Клініко-анатомічний варіант суглобового синдрому: дистальний, моноолігоартритичний, поліартритичний, остеолітичний, спондилоартритичний.

3. Системні прояви:

- а) без системних проявів;
- б) з системними проявами (вказати тип).

4. Ступінь активності:

- 0 – відсутня,
- I – мінімальна,
- II – помірна;
- III – максимальна.

5. Рентгенологічні стадії:

- I – початкова (остеосклероз, остеопороз);
- II – помірних уражень (звуження сакроілеальний зчленувань, міжхребцевих суглобових щілин);
- III – пізня (анкілоз).

6. Ступінь порушення функції суглобів:

- 0 – збережена;
- I – збережена професійна здатність;

II – втрачена професійна здатність;

III – втрачена здатність до самообслуговування.

Легкий псоріаз, як правило, лікується в закладі первинної ланки охорони здоров'я, визначається за допомогою Дерматологічного індексу якості життя (DLQI), що становить ≤ 5 .

Тяжкий псоріаз, для лікування якого може бути доцільне застосування системної або біологічної терапії, визначається за шкалою «Площа псоріазу та індекс тяжкості» (PASI) ≥ 10 і DLQI ≥ 10 .

Дерматологічний індекс якості життя (DLQI)

Інструкція по застосуванню

Опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя» призначений для застосування у дорослих, тобто у пацієнтів віком старше 16 років. Цей документ говорить сам за себе і може бути просто переданий пацієнту, якого слід попросити заповнити анкету без необхідності докладного пояснення. Це, як правило, здійснюється за одну-дві хвилини.

Підрахунок

Підрахунок у кожному питанні полягає в наступному:

Дуже багато	3
Багато	2
Трохи	1
По суті – ні	0
Не відноситься	0
Питання без відповіді	0

Питання 7: «Перешкоджає роботі або навчанню» – 3

Показник DLQI розраховується шляхом підсумовування балів кожного питання, в результаті чого може бути

набрано максимум 30 і мінімум 0 балів. Чим вище оцінка, тим більше погіршується якість життя. DLQI також може бути виражена у відсотках від максимально можливого рахунку 30.

Зверніть увагу: бали, пов'язані з різними відповідями, не повинні бути надруковані на самому бланку анкети DLQI, так як це може призвести до упередженості

Значення пунктів DLQI

0-1 = практично взагалі немає впливу на життя пацієнта

2-5 = невеликий вплив на життя пацієнта

6-10 = помірний вплив на життя пацієнта

11-20 = дуже великий вплив на життя пацієнта

21-30 = надзвичайно великий вплив на життя пацієнта

Інтерпретація неправильно заповнених анкет

Існує дуже високий рівень успіху точного завершення тесту DLQI. Тим не менш, іноді суб'єкти роблять помилки.

1. Якщо одне питання залишається без відповіді, це – 0 і бали сумуються, як зазвичай, з розрахунку не більше 30.

2. Якщо два або більше питань залишаються без відповіді - анкета не була заповнена.

3. Якщо на питання 7 відповіли «так» це – 3. Якщо питання 7 не відповіли «ні» або «не має відношення», але потім або «багато» або «мало» відзначена галочкою це потім оцінюється 2 або 1.

4. Якщо два або більше варіантів помітки «галочкою», – повинна бути зареєстрована відповідь з найбільшою кількістю очок.

5. Якщо є середнє між двома клітинками, повинен бути записаний найменший з двох варіантів.

6. Анкети DLQI можуть бути проаналізовані шляхом розрахунку оцінки для кожної з шести субшкал (див. вище). При використанні субоцінок, якщо відповідь на

одне питання в субшкалі відсутня, ця субшкала не повинна бути зарахована.

Калькулятор PASI						
	Товщина 0-4	Масштабування 0-4	Еритема 0-4	х Площа 0-6		Всього
Голова					х 0,1	
Верхня кінцівка					х 0,2	
Тулуб					х 0,3	
Нижня кінцівка					х 0,4	
PASI						

Серйозність 0 = без участі 1 = м'яке 2 = помірне 3 = сильне 4 = дуже серйозне	Площа 0 = немає 1 = 0 – 9 % 2 = 10 – 29 % 3 = 30 – 49 % 4 = 50 – 69 % 5 = 70 – 89 % 6 = 90 – 100 % шия/сідниці = тулуб пахви = верхня кінцівка генітофеморальна зона = нижня кінцівка
PASI ≥ 10 = важке захворювання	

Розрахунок PASI						
	Товщина 0-4	Масштабування 0-4	Еритема 0-4	х Площа 0-6		Всього
Голова	a	b	c	d(a+b+c)	х 0,1	A
Верхня кінцівка	e	f	g	h(e+f+g)	х 0,2	B

Тулуб	i	j	k	$l(i+j+k)$	$\times 0,3$	C
Нижня кінцівка	m	n	o	$p(m+n+o)$	$\times 0,4$	D
PASI						A+B+C+D

Онлайн-калькулятор доступний на <http://pasi.corti.li/>
індекс PASI (Psoriasis Area Severity Index) – індекс площі ураження та тяжкості псоріазу. Індекс PASI оцінює як тяжкість симптомів: еритеми (почервоніння), інфільтрації, лущення, так і ступінь залучення шкіри голови, рук, тулуба та ніг.

При легких формах псоріазу, якщо показник BSA < 5-10%, індекс PASI може бути неінформативним. Тому у пацієнтів з легким перебігом псоріазу, наприклад, у випадках локалізованих уражень, можливо використовувати локальний індекс PASI (LPASI), який дозволяє оцінити тяжкість окремих симптомів.

Зміни індексу PASI під час лікування є показником результатів терапії. Параметри зниження активності захворювання при лікуванні визначають як відсоток зменшення індексу PASI по відношенню до вихідного рівня (50%, 75 %, 90%). На сьогодні в більшості клінічних досліджень щодо оцінки ефективності препаратів зменшені індексу PASI на 75% (PASI 75) вважається клінічно значимим для пацієнта.

– легкий перебіг псоріазу: BSA ≤ 10 балів і PASI ≤ 10 і DLQI ≤ 10 ;

– перебіг середньої тяжкості та тяжкий перебіг псоріазу – BSA > 10 або PASI > 10 і DLQI > 10.

Критерії класифікації псоріатичного артриту (CASPAR)

Щоб відповідати критеріям CASPAR*, пацієнт повинен мати запальне захворювання суглобів (суглоб, хребет, або

інші кісткові частини) при оцінці > 3 бала для наступних 5 категорій:

1. Свідомство поточного псоріазу, особистий анамнез псоріазу або сімейна історія псоріазу.

Поточний псоріаз визначається як псоріатичне ураження на шкірі або волосистої частини голови; присутність захворювання на сьогодні має підтвердити ревматолог або дерматолог (+).

Особиста історія хвороби на псоріаз визначається як історія псоріазу, яка може бути отримана від пацієнта, сімейного лікаря, дерматолога, ревматолога, або іншого кваліфікованого медичного працівника.

Сімейна історія псоріазу визначається як історія псоріазу у родичів першого чи другого ступеня, порівняно згідно звіту (картки) пацієнта.

2. Типова псоріатична дистрофія нігтів включає оніхолізіс, точкові корозії і гіперкератоз; це виявляється при поточних медичних оглядах. Негативний результат тесту на наявність ревматоїдного фактору будь-яким способом (за винятком «латексу»), але переважно по даним імуноферментного аналізу або нефелометрії, відповідно до можливостей місцевої лабораторної діагностики.

4. Чи наявний дактиліт, визначений як набряк всіх долонь, або наявність дактиліту в анамнезі (записи ревматолога).

5. Рентгенологічні ознаки утворення нових кістково-подібних тканин, які з'явилися як нечітко визначені окостеніння поруч /на спільних зонах (але виключаючи утворення остеофітів) на звичайних рентгенограмах кисті або стопи.

** Критерій CASPAR має специфічність 98,7% і чутливість 91,4%.*

+ При поточному псоріазі присвоюється 2 бали, а всі інші опції - присвоюється 1 бал.

Скринінгова анкета для псоріатичного артриту PEST (у пацієнтів з псоріазом)

Оцінка 1 бал за кожне питання, на яке відповіли ствердно. Загальний бал 3 або більше свідчить про псоріатичний артрит (чутливість тесту - 0,92, специфічність 0,78, позитивна прогностична цінність 0,61, негативна прогностична цінність 0,95).

	Ні	Так
Ви коли-небудь мали опухлий суглоб (або суглоби)?		
Лікар коли-небудь говорив вам, що у вас артрит?		
Ваші нігті на пальцях рук або ніг мають пошкодження у формі дірок або заглиблень?		
Чи були у вас болі в п'ятках?		
Чи були у вас палець на руці або нозі, який був повністю опухлий і хворобливий без всякої видимої причини?		

У наведеному нижче малюнку, будь ласка, відзначте суглоби, які турбували вас і мали дискомфорт (наприклад, жорсткість, набряк або біль у суглобі).

PsARC

Відповідь PsARC визначається як поліпшення у показниках принаймні двох з наступних чотирьох вимірів, одним з яких повинна бути хворобливість суглобів або оцінка набряку суглоба, без погіршення в будь-якому з чотирьох вимірів.

1. Глобальна самооцінка пацієнта (по шкалі Лайкерта 0-5);

2. Глобальна оцінка лікаря (по шкалі Лайкерта 0-5);

поліпшення визначається як зниження, принаймні на 1 одиницю, і погіршення визначається як збільшення, принаймні на 1 одиницю.

3. Оцінка хворобливості суглоба;

4. Оцінка набряку суглоба.

поліпшення визначається як зниження щонайменше на 30%, і погіршення визначається як збільшення принаймні на 30%.

Анкета для скринінгу і оцінки псоріатичного артриту (PASE – Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation Questionnaire)

Будь ласка, обведіть або відмітьте тільки один з п'яти варіантів на наступні 15 питань. Відповіді на ці питання допоможуть нам краще зрозуміти ваші симптоми. Відповіді на питання займуть від 5 до 6 хвилин.

А. Оцінка симптомів	Повністю не згодний	Не згодний	Нейтра- льно	Згодний	Повністю згодний
1. Я відчуваю стомленість більшу частину дня					
	1	2	3	4	5
2. Я відчуваю біль в суглобах					
	1	2	3	4	5
3. Я відчуваю біль в спині					
	1	2	3	4	5
4. Мої суглоби розпухають					
	1	2	3	4	5
5. Мої суглоби гарячі на дотик					
	1	2	3	4	5
6. Іноді весь палець розпухає та стає схожим на «сосиску»					
	1	2	3	4	5
7. Я відмічаю, що біль в суглобах переходить з одного суглоба на інший, наприклад моє зап'ястя болить на протязі декількох днів, після чого болить коліно і т.д.					
	1	2	3	4	5

Складіть суму балів всіх 7 питань. Максимальна оцінка симптомів – 35 балів.

РЕЗУЛЬТАТ А _____

В. Оцінка функції	Повністю не згод- ний	Не згод- ний	Ней- трально	Згод- ний	Повністю згодний
1. Я відчуваю, що мої проблем із суглобами вплинули на мою зда- тність працювати					
	1	2	3	4	5
2. Мої проблем з суг-лобами вплинули на мою здатність піклувати- ся про себе, наприклад одягатися або чистити зуби та ін.					
	1	2	3	4	5
3. У мене були про-блеми пов'язані з но-сінням кільця на пальці та часів на руці.					
	1	2	3	4	5
4. Я мав труднощі при посадці та виході з автомобіля.					
	1	2	3	4	5
5. Я не можу бути на-стільки ж активним, яким я був раніше					
.	1	2	3	4	5
6. Я відчуваю скутість в суглобах більше 2-х годин після проки- дання вранці					
	1	2	3	4	5
7. Ранок – це найгірший час для мене					
	1	2	3	4	5
8. Мені потрібно декі-лька хвилин, щоб під-нятися або пересува- тися в будь-який час доби.					
	1	2	3	4	5

Складіть суму всіх 15 питань. Максимальна оцінка функ-
ціонального стану суглобів – 40 балів.

РЕЗУЛЬТАТ В _____

Загальна оцінка PASE (Результат А + Результат В)

_____ Максимальна сума – 75 балів.

Композитний індекс оцінки активності псоріатичного артриту (CPDAI) загальна сума 0-15 балів				
Види уражень	Прояви відсутні (0 балів)	Ступінь вираженості проявів псоріатичного артриту		
		Легкий ступінь (1 бал)	Середній ступінь (2 бали)	Тяжкий ступінь (3 бали)
Периферичний артрит		≤ 4 суглобів (набряк або біль), нормальна функція (HAQ < 0,5)	≤ 4 суглобів з порушенням функції або > 4 суглобів без порушення функції	> 4 суглобів з порушенням функції
Ураження шкіри		PASI ≤ 10 та DLQI ≤ 10	PASI ≤ 10, але DLQI > 10, або PASI > 10, але DLQI ≤ 10	PASI, DLQI > 10
Ентезит		≤ суглобів, нормальна функція (HAQ < 0,5)	≤ 3 ділянок з порушенням функції, або > 3 ділянок з нормальною функцією	> 3 ділянок з порушенням функції
Дактиліт		≤ 3 пальців, нормальна функція (HAQ < 0,5)	≤ 3 пальців з порушенням функції, або > 3 пальців з нормальною функцією	> 3 пальців з порушенням функції

Аксилярні ураження хребта		BASDAI $\leq$ 4, нормальна функція ASQoL $<$ 6	BASDAI $>$ 4 але з нормальною функцією, або BASDAI $\leq$ 4 але з порушенням функції	BASDAI $>$ 4 порушенням функції
---------------------------	--	--	--	---------------------------------

HAQ Health Assessment Questionnaire – визначається тільки в тих випадках, коли у пацієнта наявні клінічні прояви ПсА (артриту, дактиліту або ентезиту); ASQoL – Ankylosing Spondylitis Quality of Life; BASDAI – Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; DLQI – Dermatology Life Quality Questionnaire; PASI – Psoriasis Area Severity Index.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Псоріатичний артрит, тяжка форма, поліартритичний варіант з системними проявами – амілоїдоз нирок, поширений вульгарний псоріаз, прогресуюча стадія, III ст. активності, III рентгенологічна стадія, ПФС II ст.

2. Псоріатичний артрит, звичайна форма, дистальний варіант без системних проявів, обмежений вульгарний псоріаз, активність II ст., III рентгенологічна стадія, ПФС I ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування у період ремісії захворювання під наглядом ревматолога, дерматолога.

Стаціонарне лікування:

- вперше виявлений псоріатичний артрит;
- в період загострення захворювання.

РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ

Реактивний артрит – гостре не гнійне запалення суглобів, яке розвивається після інфекції будь-якої локалізації в організмі та тісно пов'язане з антигеном гістосумісності HLA-B27.

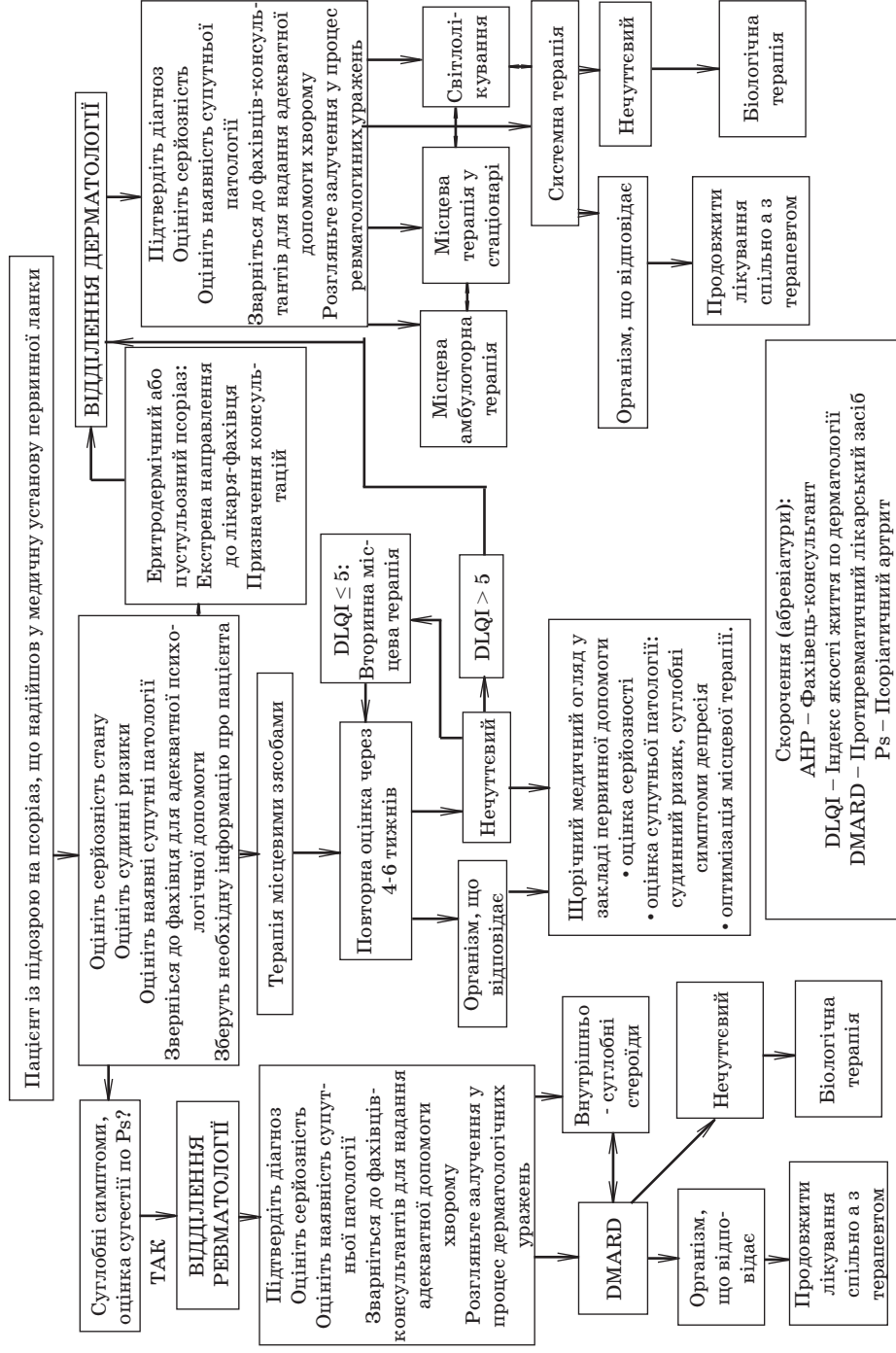
Код МКХ10: M02

Класифікація

1. Артрита урогенітального походження.
2. Артрита, пов'язані з кишковими інфекціями: *Chlamydia trachomatis*, *Y. Enterokolitika*, *Salmonella Enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella Flexneri*.
3. Артрита спричинені іншими інфекціями (вірусами, бактеріями, спірохетами).
4. Септичні артрита.

HLA-асоціації різних збудників реактивного артриту	
HLA-B27 асоційований	Ієрсинії (<i>Y. Enterokolitika</i> , <i>Y. Pseudotuberculosis</i>) Сальмонела (види груп D, C, D) Шигели (<i>S. Flexneri</i> , <i>S. Disenteriae</i>) <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> (серотип D-K)
HLA-B27 незалежний	Стрептококи. Гонококи. Бруцели. Борелії. Гриби. Віруси (краснуха, гепатит В, епідемічний паротит, аденовірус)

Алгоритм лікування та догляду за пацієнтами з псоріазом та псоріатичним артритом в закладах первинної та вторинної медичної допомоги



**Направлення для консультацію по ревматології доречно при псоріазі, якщо є припухлість суглобів, або коли наявний біль у спині зі значною ранковою скутістю.*

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Реактивний артрит, урогенітальний (хламідійний), з переважним ураженням колінних та гомілково-ступневих суглобів, односторонній сакроілеїт, активна фаза, активність II ст., II Ro стадія, ПФС II ст.

2. Реактивний артрит, ентеропатична форма, гострий перебіг, II ступінь активності, з синовітами гомілково-ступневих суглобів, артритом ахілового сухожилка, ПФС II ст.

3. Реактивний артрит, урогенітальна форма, хламідійної етіології, рецидивний перебіг, II ступінь активності, асиметричний олігоартрит нижніх кінцівок, лівобічний сакроілеїт, Ro II ст., ахілобурсит, ПФС II ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії під наглядом ревматолога.

Стаціонарне лікування:

– вперше виявлений реактивний артрит;
– в період загострення захворювання.

СИНДРОМ РЕЙТЕРА

Синдром Рейтера – запальне захворювання, при якому спостерігається хронологічний зв'язок розвитку уретриту, артриту та кон'юнктивіту з урогенітальною або кишковою інфекцією у генетично привернутих осіб.

Код МКХ-10: M 02.3

Класифікація

Перебіг	Гострий Хронічно-рецидивний
Ступінь активності	– 0 – відсутня – I – низька – II – помірна – III – висока
Клініко-морфологічна характеристика уражень	
Суглобів	Асиметрично: поліартрит Рідше – оліго- або моноартрит
Сечостатевої системи	Уретрит, простатит, цистит, баланіт, ендцервіцит, аднексит, пієлонефрит
Органу зору	Реактивний ірит, увеїт, кон'юнктивіт, епісклерит
М'язово-зв'язкового апарату	Ентезопатії, тендиніти, тендовагініти, м'язові болі, біль у п'ятах, п'яткові шпори, бурсити
Шкіри та слизової оболонки	Бленорагічна кератодермія («pustolosis palmoplantaris»), гіперкератоз, дистрофія нігтів і перионіхіальні зміни, псоріазоподібні висипання, ерозії слизових оболонок твердого піднебіння, щік, язика, губ, везикулярні висипання на слизових оболонках з переходом до утворення виразок
Серцево-судинної системи	Міокардит, ендокардит, недостатність аортальної стулки (виявляється рідко), як правило, латентний і малосимптомний

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Синдром Рейтера, хронічно рецидивуючий перебіг, активний ступінь II, з ураженням колінних та гомілково-ступневих суглобів, тендовагініт, хламідійний уретрит.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих з хронічним перебігом у період ремісії захворювання під наглядом ревматолога.

Стаціонарне лікування:

- вперше виявлений синдром Рейтера;
- в період загострення захворювання.

ПОДАГРА

Подагра – гетерогенне за походженням захворювання, яке характеризується відкладенням у різних тканинах кристалів уратів у формі моноурату натрію або сечової кислоти. Порушення пуринового обміну виникає на фоні спадкової схильності та порушень харчового режиму. За сучасними рекомендаціями, діагноз подагри без виявлення кристалів моноурату натрію (МУН) у синовіальній рідині або тофусах, вважається недостовірним.

Шифр МКБ-10.

Ідіопатична подагра – М 10.0.

Медикаментозна подагра – М 10.2.

Подагра, яка обумовлена порушенням ниркової функції – М 10.3.

Подагра не уточнена – М 10.9.

Інші кристалічні артропатії – М 11.

Класифікація подагри (АРУ, 2004)

1. Клінічні стадії:

- а) гострий подагричний артрит;
- б) міжприступна (інтервальна) подагра;
- в) хронічний подагричний артрит загострення, ремісія;
- г) хронічний тофусний артрит.

2. Рентгенологічні стадії ураження суглобів:

I – великі кісти (тофуси) у субхондральній кістці та у глибших шарах, іноді – ущільнення м'яких тканин;

II – великі кісти поблизу суглоба та дрібні ерозії суглобових поверхонь, постійне ущільнення навколосуглобових м'яких тканин, іноді з кальцифікатами.

III – великі ерозії не менш ніж на $1/3$ суглобової поверхні, остеоліз епіфізу, значне ущільнення м'яких тканин з кальцієвими депозитами.

3. Ступінь функціональної недостатності

0 – збережена,

I – збережена професійна здатність,

II – втрачена професійна здатність,

III – втрачена здатність до самообслуговування.

4. Нефролітіаз, подагрична нефропатія.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Подагра, гострий подагричний артрит, I атака з ураженням великого пальця правої ступні, 0 Ro стадія, ПФС I ст., нефролітіаз.

2. Подагра, хронічний подагричний артрит, фаза загострення, поліартрит з переважним ураженням суглобів стопи, колінних суглобів з наявністю периферичних тофусів в області вушних раковин, II Ro стадія, ПФС II ст., ХХН II ст.: подагрична нефропатія, артеріальна гіпертензія II ст., 3 ступеня, дуже високий ризик.

3. Подагра, хронічний подагричний артрит, стадія ремісії, з переважним ураженням великих суглобів нижніх кінцівок, Ro II ст., ПФС II.

4. Подагра, гострий напад подагричного артрити, тяжкий перебіг, Ro II ст., ПФС II ст., периферичні тофуси в ділянці ліктьових суглобів, нефролітіаз (конкремент лівої нирки).

5. Подагра, вторинна (медикаментозно індукована –

фуросемід), інтермітивний моноартрит I плесне-фалангового суглоба, фаза загострення, Ro стадія I стадія, ПФС I ст.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії захворювання під наглядом ревматолога, нефролога.

Стаціонарне лікування:

- вперше виявлена подагра;
- в період загострення захворювання.

ОСТЕОАРТРОЗ

Остеоартроз – хронічне прогресуюче незапальне захворювання суглобів невідомої етіології, яке характеризується дегенерацією хряща та структурними змінами субхондральної кістки, а також явним або прихованим помірно вираженим синовіїтом.

Код МКХ-10.

Поліартроз – М 15.

Первинний генералізований остеоартроз – М 15.0.

Вузли Гебердена (з артропатією) – М 15.0.

Вузли Бушара з артропатією – М 15.2.

Інший поліостеоартроз – М 15.8.

Коксартроз первинний двобічний – М 16.0.

Гонартроз первинний двобічний – М 17.0.

Класифікація

I. Первинний (ідіопатичний).

A. Локалізований (<3 суглобів):

1. Суглоби кистей.
2. Суглоби стоп.

3. Колінні суглоби.
4. Кульшові суглоби.
5. Хребет.
6. Інші суглоби.

Б. Генералізований (≥ 3 суглобів):

1. З ураженням дистальних і проксимальних міжфалангових суглобів (вузлики Гебердена, Бушара).
2. З ураженням великих суглобів.
3. Ерозивний.

II. Вторинний.

А. Посттравматичний.

Б. Природжені, набуті або ендемічні захворювання (хвороба Пертеса, синдром гіпермобільності, тощо).

В. Метаболічні хвороби (гемохроматоз, окроноз, хвороба Гоше, хвороба Вільсона-Коновалова).

Г. Ендокринопатії (акромегалія, гіпотиреоз, гіперпаратиреоз, цукровий діабет).

Д. Хвороба відкладення кальцію (фосфат кальцію, гідроксилапатит).

Е. Нейропатії (хвороба Шарко).

Ж. Інші захворювання (аваскулярний некроз, ревматоїдний артрит, хвороба Педжета, тощо).

III. Рентгенологічна стадія: 0, I, II, III, IV (за Kellgren та Lawrence).

IV. Синовіїти:

- з синовіїтом;
- без синовіїту.

V. Порушення функції суглобів:

ПФС 0 – збережена;

ПФС I – працездатність тимчасово порушена;

ПФС II – працездатність втрачена;

ПФС III – потребує сторонньої допомоги.

Шкала оцінки болю в суглобах та ранкової скутості

Максимальна

Дуже сильна

10 см

4

9

8

7

3

6

5

4

2

3

2

1

1

0

ні
А

ні
Б

А – візуальна аналогова шкала (ВАШ)

Б – шкала Лекена (0 – немає болі або скутості, 1 – біль або скутість слабка, 2 – помірна, 3 – сильна, 4 – дуже сильна).

Оцінка ураження суглобів (індекс Лекена)					
№	Показник	Бали	№	Показник	Бали
	Нічний біль	2	13	– менше 100 м	6
1.	– тільки під час руху або у певному положенні	1	14	– з однією палкою або милицею	1
2.	– навіть у спокої	2	15	– с 2-мя палками або милицями	2
	Ранкова скутість або біль після сну			Наявність труднощів у повсякденному житті	
3.	– менше 15 хв	1	16	– чи можете ви піднятися на 1 проліт східцями	0-2
4.	– 15 хв і більше	2	17	– чи можете ви спуститися на 1 проліт східцями	0-2
5.	Посилення болю після стояння 30 хв	1	18	– чи можете ви покласти на нижню полицю шафи стоячи на колінах	0-2
	Біль виникає при ході			Чи виникає у вас стріляючий біль та/або раптове відчуття втрати опори у ураженій кінцівці	
6.	– тільки при проходженні певної відстані	1	19	– інколи	1
	– з самого початку, потім посилюється	2	20	– часто	2

7.	Біль або дискомфорт при вставанні з положення сидячи	1			
	Максимальна дистанція при ході без болю				
8.	– більше 1 км	1			
9.	– приблизно 1 км	2			
10.	– от 500 до 900 м	3			
11.	– от 300 до 500 м	4			
12.	– от 100 до 300 м	5			

Градація відповідей:

0 – легко; 1 – з зусиллям; 2 – неможливо.

Тяжкість гонартрозу:

1-4 – слабо виражена; 5-7 – середня; 8-10 – виражена;

11-12 – значно виражена; більше 12 – різко виражена.

WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Index of Osteoarthritis						
		Ступінь порушення				
		Відсутність	Легкий	Середнього ступеня	Тяжкий	Надмірний
Біль:						
	при ході					
	при підйомі сходами					
	нічний					
	у спокої					
	при підйомі вантажів					

Ригідність (скутість)						
	ранкова					
	поява пізніше вдень					
Фізична функція:						
	спускаючись сходи- нами					
	піднімаючись сходи- нами					
	підсилюється при сидінні					
	стоячи					
	при нахилах					
	ходьба по площині					
	при посадці або ви- садці з машини					
	при ході за покупками					
	надіванні шкарпеток					
	при підйомі з ліжка					
	при зніманні шкар- петок					
	лежачи у ліжку					
	при сидінні					
	при сиданні або вставанні з туалету					
	тяжка домашня праця					
	легка домашня праця					
Соціальна функція:						
	свобода дії					
	суспільні події					
	відвідування церкви					
	вільні дії з одним із подружжя					
	з сім'єю					
	з друзями					
	з іншими					

Емоційна функція:						
	неспокій					
	дратівливість					
	розлади					
	депресія					
	розслаблення					
	безсоння					
	нудьга					
	самотність					
	стрес					
	благополуччя					

Підрахунок та інтерпретація	
Відповідь	Бали
Відсутність	0
Легка	1
Середнього ступеня	2
Тяжка	3
Надмірна	4

Рентгенологічні стадії остеоартроза за Kellgren та Lawrence

0 – відсутні рентгенологічні зміни;

I – лінійний остеосклероз у субхондральних відділах, кистовидна перебудова кісткової структури, поява малих крайових остеофітів;

II – симптоми I стадії + більше виразний остеосклероз, звуження суглобової щілини;

III – значний субхондральний остеосклероз, великі крайові остеофіти, значне звуження суглобової щілини.

IV – грубі масивні остеофіти, суглобова щілина прак-

тично відсутня, епіфізи кісток, які утворюють суглоб, деформовані, значно ущільнені.

Рентгенологічні стадії за локалізацією (особливості).

Коксартроз I-II стадії: незначне звуження суглобової щілини, незначний субхондральний остеосклероз, крапкові кальцифікати в ділянці зовнішнього краю даху вертлюжної впадини (початкові прояви остеофітів), загострення країв ямки головки стегнової кістки у ділянці прикріплення колової зв'язки;

Коксартроз III-IV стадії: прогресуюче звуження суглобової щілини, формування різної форми та розмірів остеофітів по краях суглобових поверхонь вертлюжної впадини, головки стегнової кістки, що надає грибоподібну форму; поглиблення вертлюжної впадини; значний субхондральний остеосклероз; при значних змінах – зменшення об'єму та сплюснення суглобової поверхні стегнової кістки на фоні виразної кистозної перебудови кісткової тканини; кісткові кисти, асептичний некроз головки стегнової кістки, підвивихи стегнової кістки, укорочення шийки, вільні внутрішньосуглобові тільця.

Гонартроз I-II стадії: витягування та загострення міжвироскового підвищення великоберцевої кістки; невелике звуження суглобової щілини.

Гонартроз III-IV стадії: прогресуюче звуження суглобової щілини, розвиток субхондрального остеосклерозу, поява великої кількості остеофітів на бокових, передніх та задніх поверхнях суглоба; сплюснення та нерівність суглобових поверхонь.

Класифікація ступеня ураження суглобового хряща за результатами артроскопії (R. Outerbridge)

1 ст. – розм'якшення;

2 ст. – фрагментація та неглибокі ерозивні ураження;

3 ст. – глибокі ерозії та великі фрагментації з утворенням дефектів;

4 ст. – утворення дефектів, дном яких є субхондральна кістка.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Первинний олігоостеоартроз з ураженням лівого кульшового суглоба, III Ro стадія, обох колінних суглобів II Ro стадія, синовіт правого колінного суглобу, ПФС II ст.

2. Вторинний посттравматичний моноостеоартроз лівого колінного суглоба з синовітом, II Ro стадія, ПФС I ст.

3. Первинний поліостеоартроз з ураженням проксимальних і дистальних міжфалангових суглобів кистей, III Ro стадія, п'ястково-зап'ясткового суглоба I пальця лівої кисті з синовітом, плюсне-фалангового суглоба I пальця правої стопи (hallux valgus) з синовітом, правого кульшового суглоба, IV Ro стадія, шийного відділу хребта, ПФС II ст.

4. Остеоартроз, безвузликова форма, з ураженням великих суглобів, остеохондроз шийного відділу хребта, плечо-лопатковий периартрит, Ro – стадія II, ПФС II.

5. Остеоартроз, вузликова форма – вузлики Гебердена та Бушара, з ураженням великих суглобів (двобічний гонартроз), Ro – стадія III, ПФС II у поєднанні з розповсюдженим остеохондрозом хребта з полірадикулярним синдромом.

6. АІТ, гіпотиреоз середнього ступеня важкості, медикаментозна субкомпенсація. Вторинний остеоартроз з ураженням колінних суглобів без РС, II Ro стадія, ПФС II.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії під наглядом терапевта, сімейного лікаря, ревматолога.

Стаціонарне лікування:

– в період загострення захворювання з вираженим синовіітом.

Недиференційований периферичний артрит

Міжнародна асоціація ревматологів (2009) запропонувала рекомендації щодо визначення цього стану:

1. У всіх клінічних випадках діагноз НПА визначати після проведення диференціальної діагностики з ідіопатичним, аутоімунним, дегенеративним, інфекційним, метаболічним, травматичним та артритом при злоякісних новоутвореннях, але це може бути робочим діагнозом.

2 Для постановки діагнозу НПА необхідне детальне клінічне обстеження хворого з проведенням рентгенографії суглобів.

3. Рівень ШЗЕ та СРП, РФ та АЦА являються обов'язковими лабораторними показниками.

ОСТЕОПОРОЗ

Остеопороз – це системне захворювання скелету, яке прогресує, характеризується зниженням маси кісток, порушенням структури (мікроархітектоніки) кісткової тканини, та призводить до підвищення ламкості кісток та ризику переломів.

Код МКХ -10:M80 – остеопороз з патологічним переломом, **M81** – остеопороз без патологічного перелому.

Форми остеопорозу:

- первинний – постменопаузальний, сенільний, ювенільний, ідіопатичний;
- вторинний – ускладнення різних захворювань:
 - ендокринних – тиреотоксикоз, гіперкортицизм, гіперпаратиреоз, цукровий діабет 1 типу, стан після оваріоектомії та ін.
 - запальних – ревматоїдний артрит, СЧВ, анкілозуючий спонділоартрит;
 - гематологічних – мієломна хвороба, лейкози та лімфоми, таласемія;
 - гастроентерологічних – хронічні захворювання печінки, мальабсорбція, рези-цирований шлунок;
 - медикаментозна терапія – глюкокортикоїди, антиконвульсанти, тиреоїдні гормони, імунодепресанти, антациди з вмістом алюмінію;
 - інші – ХНН, ХОЗЛ, алкоголізм, порушення харчування, стан після трансплантації органів, генетичні порушення.

Діагностичні категорії залежно від визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ)		
Т-індекс*	Діагноз	Ризик переломів
+2,0 до -1	Нормальна МЩКТ	Рівень I – низький
-1,- до -2,5	Остеопенія	Рівень II – помірний
-2,5 або менше без попередніх переломів	Остеопороз	Рівень III – високий
-2,5 або менше з попередніми переломами	Тяжкий остеопороз	Рівень IV – дуже високий

Примітка: * – Т-індекс – це число середньоквадратичних відхилень, на які щільність кісткової тканини пацієнта відрізняється від такої молодих здорових осіб.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Первинний постменопаузальний остеопороз, ризик переломів III.
2. Первинна сенільна остеопенія.
3. Вторинний глюкокортикоїд-індукований остеопороз тяжкого ступеня.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- обстеження та лікування хворих з остеопеніями, остеопорозом.

Стаціонарне лікування:

- тяжкий остеопороз (терапевтичне відділення).

СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Системні васкуліти Класифікація васкулітів (за J.C. Jennette, R. Falk, 1997)	
Васкуліти великих судин	Гігантоклітинний васкуліт Артеріїт Такаясу
Васкуліти судин середнього розміру	Вузликовий полі артеріїт Хвороба Кавасаки Первинний гранулематозний васкуліт ЦНС

Дрібно-судинні васкуліти	<i>Дрібносудинні АНЦА-асоційовані:</i> мікроскопічний поліангіїт, гранулематоз Вегенера, синдром Чарга Строса, медикаметозний. <i>Імунокомплексні дрібноклітинні васкуліти:</i> пурпура Шенляйна Геноха, кріоглобулінемічний васкуліт, люпус-васкуліт, ревматоїдний васкуліт, синдром Шегрена, хвороба Бехчета, синдром Гудпасчера, васкуліт за сироваткової хвороби, медикаментозний імунокомплексний васкуліт, інфекційний імунокомплексний васкуліт. <i>Паранеопластичні дрібноклітинні васкуліти.</i> Васкуліт із запальних захворювань кишечника.
--------------------------	---

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Вузликовий поліартеріїт, гострий перебіг, III ступінь активності з ураженням суглобів (симетричний олігоартрит великих та середніх суглобів, ПФС II ст.), м'язів (міалгії, міозити), периферичних судин (сітчасте ліведо), периферичної нервової системи (асиметрична полінейропатія), загальнотрофічний синдром (схуднення), HBs-Ag – позитивність.

2. Геморагічний васкуліт, хронічний рецидивуючий перебіг, II ст. акт., з ураженням шкіри (пурпура), суглобів (артрит гомілково-стопних суглобів, ПФС I), нирок (ХХН II ст.: гломерулонефрит, вторинна артеріальна гіпертензія 2 ст., високого ризику).

3. Неспецифічний аорто-артеріїт Такаюсу, підгострий перебіг, активна фаза, II ступінь, ураження аорти (аневризма грудного відділу), недостатність аортального клапану помірного ступеню, СНІА, ФКІІІ.

СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

СЧВ – системне захворювання сполучної тканини, яке виникає на тлі генетично обумовленого недоліку імунорегуляторних процесів, внаслідок яких утворюються різного виду антитіла до власних клітин та їх компонентів, виникає імунотоксичне запалення, яке приводить до ушкодження багатьох органів та систем.

Код за МКХ-10 – М 32.

Класифікація (АРУ, 2004)

1. Характер перебігу хвороби: гострий, підгострий, хронічний, рецидивуючий поліартрит, синдром Рейно, синдром Верльгофа, синдром Шегрена, антифосфоліпідний синдром.

2. Ступінь активності процесу: 0 – відсутня, I – мінімальна, II – помірна, III – висока.

3. Клініко-морфологічна характеристика уражень:

- шкіри (симптом «метелика», капілярит, ексудативна еритема, пурпура, дискоїдний вовчак, ретикулярне ліведо та ін.);
- суглобів (артралгія, поліартрит – гострий, підгострий, хронічний;
- серозних оболонок (плеврит, перикардит, перигепатит, периспленіт, полісерозит);
- серця (міокардит, ендокардит, недостатність МК, міокардіофіброз);
- легень (гострий, хронічний пневмоніт, пневмосклероз);
- нирок (люпус-нефрит нефротичного або змішаного типу, піелонефритичний синдром, сечовий синдром);
- нервової системи (менінгоенцефалополірадикуло-неврит, поліневрит, інсульт та інфаркт мозку, васкуліт судин головного мозку).

Критерії варіантів перебігу:

Гострий – початок раптовий, лихоманка, «метелик», поліартрит, серозит, висока активність процесу, тривалість захворювання 1-2 роки.

Підгострий – поступовий початок протягом 2-3 років, полісиндромність, хвилеподібний перебіг, висока або помірна активність процесу.

Хронічний – довготривалі рецидиви окремих синдромів.

Критерії ступенів активності:

III – $T \geq 38,5^{\circ}$ і вище, значне схуднення, «метелик», поліартрит, серозити, міокардит, ендокардит, нефрит з НС, енцефалорадикулоневрит. Лабораторно: Нв менше 100 г/л, ШОЕ 45 мм/год та більше, титр АНФ 128 ТО і вище, Ле клітини 5 на 1000 лейкоцитів.

II – $T < 38,5^{\circ}$, помірне схуднення, неспецифічна еритема, підгострий поліартрит, сухі перикардит, плеврит, помірний міокардит, нефрит, енцефалоневрит. Лабораторно: Нв 100-110 г/л, ШОЕ 30-40 мм/год та більше, титр АНФ 64 Т.О. і вище, Ле клітини 1-2 на 1000 лейкоцитів.

I – T нормальна, незначне схуднення, дискоїдні вогнища на шкірі, артралгії, адгезивний перикардит, плеврит, сечовий синдром. Лабораторно: Нв 120 і вище г/л, ШОЕ 16-20 мм/год та більше, титр АНФ 32 Т.О. і вище, Ле клітини поодинокі на 1000 лейкоцитів.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. СЧВ: гострий перебіг, активна фаза, III ст., ураження шкіри – «метелик», суглобів – поліартрит суглобів кисті, серозних оболонок – ексудативний плеврит, перикардит, нирок – люпус-нефрит з нефротичним синдромом.

2. СЧВ: хронічний перебіг, активна фаза I ст., синдром дискоїдного вовчака, адгезивний плеврит, поліневрит.

3. Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, II ступінь активності, з ураженням нирок ХХН II (люпус-нефрит з сечовим синдромом, вторинна артеріальна гіпертензія, 2 ступеня, високого ризику), шкіри (еритематозний дерматит, фотосенсибілізація), серця (ендокардит Лібмана-Сакса, недостатність мітрального клапана I ст., СН II А, ФК II ст.), легенів (пульмоніт в анамнезі ДН 0 ст.), суглобів (поліартрит ФНС I ст.), судин (синдром Рейно, ліведо), серозних оболонок (перикардит, плеврит в анамнезі), ретикуло-ендотеліальної системи (спленомегалія), гематологічним синдромом (лейкопенія); ANA, ds-DNA – позитивність, АТ до кардіоліпіну негативні.

4. Системний червоний вовчак, хронічний перебіг, I ст. активності, з ураженням нирок (люпус-нефрит з сечовим синдромом, ГНН 20.11.2012), антифосфоліпідним синдромом (звичні викидні 2008, 2010 рр.), шкіри та її придатків (дерматит, «метелик», алопеція в анамнезі), слизових оболонок (хейліт в анамнезі), суглобів (поліартрит, в анамнезі, артралгії, ФНС 0), серозних оболонок (перикардит в анамнезі), РЕС (лімфаденопатія), ШКТ (абдомінальний синдром в анамнезі), позитивність за ANA, ss-DNA, Ат до кардіоліпіну, RW (+). Глюкокортикоїдна залежність, системний остеопороз, стероїдна спондилопатія з радикулярним синдромом.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ

Системна склеродермія – прогресуюче захворювання з характерними змінами шкіри, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (легень, серця, шлунково-кишкового тракту, нирок) та розповсюдженими вазоспастичними порушеннями за типом синдрому Рейно, в основі яких існує

ураження сполучної тканини з фіброзом судин за типом облітеруючого ендартеріту.

Код за МКХ-10: М 34.

Клінічна класифікація ССД

Характер перебігу: гострий, підгострий, хронічний.

Стадія розвитку: I, II, III.

Ступінь активності: 0, I, II, III.

Клініко-морфологічна характеристика:

Шкіра та судини: щільний набряк, індурація, атрофія, гіперпігментація, телеангіоектазії, синдром Рейно, виразки.

Опорно-руховий апарат: поліартрит, контрактури, поліміозит, кальциноз, остеоліз.

Серце: інтерстиційний міокардит, кардіосклероз, вада серця, перикардит.

Легені: інтерстиціальна пневмонія, фіброзуючий пневмосклероз, плеврит.

Травний тракт: езофагіт, дуоденіт, коліт, синдром порушення всмоктування.

Нирки: гостра нефропатія, хронічна нефропатія.

Нервова та ендокринна системи: тригемініт, полінейропатія. Гіпотиреоз та ін.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Системна склеродермія, хронічний перебіг, II ст., I ст. активності, дифузна форма, з ураженням шкіри (атрофія, гіперпігментація, «кисет»), судин (синдром Рейно, телеангіоектазії), суглобів (поліартрит, ПФС I), серця (дифузний кардіосклероз, СН I ст.), легень (двобічний базальний пневмосклероз, ЛН I ст.), ШКТ (езофагіт).

ДЕРМАТОМІОЗИТ. ПОЛІМІОЗИТ

МКХ-10: М 33 – дерматополіміозит.

М 33.2 – поліміозит.

Поліміозит (ПМ) – системне запальне захворювання з переважним ураженням скелетної мускулатури.

Дерматополіміозит – системне запальне захворювання з переважним ураженням скелетної мускулатури, гладких м'язів та шкіри, яке включено в групу системних захворювань сполучної тканини.

Клінічна класифікація ПМ

Форма: поліміозит ідіопатичний, дерматомиозит ідіопатичний, поліміозит, який пов'язано з пухлинами, васкулітами, Overlap-синдром.

Перебіг: гострий, підгосрий, хронічний.

Активність: мінімальна, помірна, висока.

Клініко-морфологічні ознаки:

Ураження м'язів – міозит, міопатія.

Шкірні прояви – кальциноз, телеангіоектазії, специфічні (еритема шиї), геліотропний параорбітальний набряк та ін.

Ураження міокарда – міокардит, кардіоміпатія.

Ураження легень – фіброзуючий альвеоліт, пульмоніт, пневмоніт.

Ураження травного тракту – езофагіт, порушення ковтання, дисфагія, гастрит, псевдобульбарний синдром та ін.

Ураження суглобів – артралгії, поліартрит дрібних та великих суглобів.

Ураження нервової системи – полінейропатія.

Нирки – гломерулонефрит.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Дерматоміозит ідіопатичний, підгострий перебіг, II ступінь активності, з генералізованим поліміозитом, вторинним міастенічним синдромом, дерматитом (периорбітальний набряк), поліарталгіями.

2. Поліміозит: підгострий перебіг, II ступінь активності, з переважним ураженням м'язів кінцівок і шиї, порушенням ковтання, двобічною АП, пролежнями у крижовій ділянці.

3. Поліміозит: паранеопластичний (на тлі Ca pulm sin), підгострий перебіг, II ступінь активності, з генералізованим ураженням скелетних м'язів, явищами міогенного псевдобульбарного синдрому.

ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННИХ ОРГАНІВ

Наказ МОЗ України від 05.09.2011 № 124

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Наказ МОЗ України від 12.12.12 № 1118,

Наказ МОЗ України від 29.12.2014 № 1021

Цукровий діабет – це група метаболічних захворювань, що характеризуються гіперглікемією, яка є наслідком дефектів секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих чинників. Хронічна гіперглікемія при ЦД супроводжується ураженням, дисфункцією або недостатністю різних органів та систем, зокрема, очей, нирок, нервової системи, серця та кровоносних судин.

Цукровий діабет 2-го типу – це порушення вуглеводного обміну, спричинене переважно інсулінорезистентністю та відносною інсуліновою недостатністю або з переважним дефектом секреції інсуліну з інсулінорезистентністю.

Код МКХ-10:

R 73.0 – знижена толерантність до глюкози.

E.10 – Цукровий діабет 1 типу.

E 10.9 Цукровий діабет 1 типу без ускладнень.

E 11 – Цукровий діабет типу 2.

E 11.9 – Цукровий діабет типу 2 без ускладнень.

Результати обстеження населення та їх інтерпретація		
Тест	Результат	Діагноз
Рівень глюкози в плазмі венозної крові натщесерце	4,0 – 6,1 ммоль/л	Норма
	6,1 – 7 ммоль/л	Порушення глікемії натщесерце (переддіабет)

Рівень глюкози в плазмі венозної крові натщесерце	≥ 7 ммоль/л	ЦД*, який потребує підтвердження повторним тестом в інший день
Випадковий рівень глюкози капілярної крові	5,6 – 11,1 ммоль/л	Для постановки діагнозу зробити тест на визначення рівня глюкози в плазмі венозної крові натщесерце
	$\geq 11,1$ ммоль/л + пацієнт має класичні симптоми гіперглікемії	ЦД*, який потребує підтвердження повторним тестом в інший день
Пероральний глюкозотолерантний тест (через 2 години після прийому 75 г глюкози) (в якості бажаного тесту)	$< 7,8$ ммоль/л	Норма
	$\geq 7,8 - 11,1$ ммоль/л	Порушення толерантності до глюкози (преддіабет)
	$\geq 11,1$ ммоль/л	ЦД*, який потребує підтвердження повторним тестом в інший день
Глікозилований гемоглобін HbA1c, (в якості бажаного тесту)	$\geq 6,5\%$	ЦД*, який потребує підтвердження повторним тестом в інший день

**Діагноз цукровий діабет ставиться при наявності симптомів гікемії (спрага, головні болі, труднощі при концентрації уваги, неясність зору, часте сечовиділення, апатія, втрата ваги) та підвищення одного з результатів гікемії вище зазначеного рівня. При відсутності симптомів і підвищення одного з результатів гікемії вище зазначеного рівня провести тестування в інший день.*

Н.В.! Для постановки діагнозу НЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ в якості вимірювального приладу портативні глюкометри та тест-смужки.

Класифікація цукрового діабету

А. Етіологічна класифікація розладів глікемії

I. Тип 1

Деструкція β -клітин, зазвичай приводить до абсолютної інсулінової недостатності.

А. Аутоімунний.

Б. Ідіопатичний.

II. Тип 2

Може варіювати від переважної інсулінорезистентності з відносною інсуліновою недостатністю до переважно секреторного дефекту в поєднанні або без поєднання з інсулінорезистентністю

III. Інші специфічні типи

А. Генетичні дефекти функції β -клітин:

1. Хромосома 12, HNF-1 α (MODY3).
2. Хромосома 7, глюкокіназа (MODY2).
3. Хромосома 20, HNF-4 α (MODY1).
4. Хромосома 13, інсуліновий промоторний фактор-1 (IPF-1; MODY4).

5. Хромосома 17, HNF-1 β (MODY5).

6. Хромосома 2, Neuro D1 (MODY6).

7. Мітохондріальна мутація ДНК.

8. Хромосома 7, KCNJ11 (Kir6.2).

9. Інші.

В. Генетичні дефекти дії інсуліну:

1. Інсулінорезистентність типу А.

2. Лепречаунізм.

3. Синдром Робсона-Менденхолла.

4. Ліпоатрофічний діабет.

5. Інші.

С. Захворювання екзокринної частини підшлункової залози:

1. Панкреатит.

2. Травма/панкреатектомія.

3. Неоплазія.
4. Муковісцидоз.
5. Гемохроматоз.
6. Фіброкалькульозна панкреатопатія.
7. Інші.

D. Ендокринопатії:

1. Акромегалія.
2. Синдром Іценка-Кушинга.
3. Глюкогонома.
4. Феохромоцитома.
5. Гіпертиреоз.
6. Соматостатінома.
7. Альдостерома.
8. Інші.

Е. Індуковані прийомом фармакологічних або хімічних препаратів:

1. Вакор.
2. Пентамідин.
3. Нікотинова кислота.
4. Глюкокортикоїди.
5. Тиреоїдні гормони.
6. Діазоксид.
7. β -адренергічні агоністик.
8. Тіазиди.
9. Дилантін.
10. α -інтерферон.
11. Інші.

Г. Інфекції:

1. Вроджена краснуха.
2. Цитомегаловірус.
3. Інші.

Г. Рідкісні форми імунного цукрового діабету:

1. Синдром м'язової скутості («Stiff-man» syndrome).
2. Анти-інсулінові рецепторні антитіла.

3. Інші.

4. Синдром автоімунної поліендокринної недостатності I і II типів (АПС-I і АПС -II).

Н. Інші генетичні синдроми, які іноді асоціюються з цукровим діабетом:

1. Синдром Дауна.

2. Синдром Клайнфельтера.

3. Синдром Шерешевського-Тернера.

4. Синдром Вольфрама.

5. Атаксія Фридрейха.

6. Хорея Хантінгтона.

7. Синдром Лоуренса-Муна-Бідля.

8. Міотонічна дистрофія.

9. Порфірія.

10. Синдром Прадера-Віллі.

11. Інші.

IV. Гестаційний діабет.

Клінічна класифікація ЦД 2 типу

Ступені важкості:

ЦД 2 типу *легкого перебігу*: відсутні макро- і мікросудинні ускладнення.

ЦД 2 типу *середнього ступеня важкості*:

- Діабетична ретинопатія (непроліферативна стадія).
- Діабетична нефропатія в стадії мікроальбумінурії.
- Діабетична полінейропатія.

ЦД 2 типу *тяжкого перебігу*:

- Діабетична ретинопатія, препроліферативна чи проліферативна стадії.
- Діабетична нефропатія, стадія протеїнурії чи ХХН.
- Вегетативна полінейропатія.
- Макроангіопатії: постінфарктний кардіосклероз, серцева недостатність, стан після гострого порушення мозкового кровообігу, окклюзійне ураження нижніх кінцівок.

Ступені важкості цукрового діабету 1 типу

Легка форма – відсутня;

Середньої тяжкості – ЦД без ускладнень або за наявності початкових стадій ускладнень.

Тяжка форма:

- Лабільний перебіг ЦД (часті і/або кетоацидотичні стани);
- ЦД з важкими судинними ускладненнями: діабетична ретинопатія препроліферативна або проліферативна стадії; діабетична нефропатія, стадія протеїнурії або хронічної ниркової недостатності; синдром діабетичної стопи автономна полінейропатія; постінфарктний кардіосклероз, серцева недостатність, стан після перенесеного інсульту або порушень мозкового кровообігу, оклюзійне ураження нижніх кінцівок.

Критерії оцінки стану компенсації ЦД типу 1 та 2

Критерії	Компенсація	Субкомпенсація	Декомпенсація
Глікемія натще, ммоль/л капілярна кров	5,0-6,0	6,1-6,5	> 6,5
Постпрандіальна глікемія (через 2 години після їжі)	7,5-8,0	8,1-9,0	> 9,0
Глікемія перед сном	6,0-7,0	7,1-7,5	> 7,5
HbA _{1c}	< 7	7,1-7,5	> 7,5

Вимоги до формулювання діагнозу при ЦД:

- Цукровий діабет 1 (типу 2), середньої важкості або важкої форми (легка при ЦД 2) у фазі компенсації (субкомпенсації, декомпенсації).
- Або ЦД внаслідок (зазначити причину).
- Діабетичні мікроангіопатії: ретинопатія (вказати

стадію на лівому оці, на правому оці, стан після лазеро-фотокоагуляції або оперативного лікування; нефропатія (вказати стадію), діабетична нейропатія (вказати форму), синдром діабетичної стопи (вказати форму).

– Діабетичні макроангіопатії: ІХС, серцева недостатність, цереброваскулярні захворювання, периферична ангіопатія, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія (за наявності), супутні захворювання.

ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ

Код МКХ-10: Е 10.3 або Е 11.3

Класифікація ДР (формулювання діагнозу)

Стадії	Характеристика змін судин сітківки і критерії діагностики
Непроліферативна	Мікроаневризми, геморагії, тверді ексудативні вогнища; макулопатія (ексудативна, ішемічна, набрякова)
Препроліферативна	Поряд зі змінами для І ст., нерівномірний калібр судин, велика кількість ексудатів, інтратетинальні мікросудинні аномалії, велика кількість ретинальних геморагій, різної інтенсивності скотоми;
Проліферативна	Різке зниження зору аж до повної сліпоти; неоваскуляризація диску зорового нерва та інших відділів сітківки; Крововиливи в скловидне тіло; Утворення фіброзної тканини в ділянці преретинальних крововиливів. Ускладнення проліферативної стадії ДР: 1. Гемофтальм. 2. Тракційне і тотальне проліферативно-ексудативне відшаркування сітківки. 3. Вторинна рубеозна глаукома. 4. Субатрофія очного яблука.

ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ

Код МКХ-10: Е 10.2 або Е 11.2.

Класифікація стадій розвитку діабетичної нефропатії (ДН)

Стадії ДН	Клініко-лабораторна характеристика	Термін розвитку
I – стадія гіперфункції нирок	Збільшення ШКФ Збільшення ниркового кровообігу Гіпертрофія нирок Нормоальбумінурія (<30 мг/добу)	Розвиваються в дебюті захворювання
II – стадія початкових структурних змін у нирках	Потовщення базальних мембран капілярів клубочків Розширення мезангіуму Зберігається висока ШКФ Нормоальбумінурія (<30 мг/добу)	2-5 років від початкового діабету
III – ДН, що розпочинається	Мікроальбумінурія (від 30 до 300 мг/добу) ШКФ висока або нормальна Нестійке підвищення АТ	
IV – стадія уремії	Тотальний дифузний або вузликоскопічний гломерулосклероз Зниження ШКФ < 10 мл/хв. Артеріальна гіпертензія Порушення азотовидільної функції нирок (збільшення креатину, сечовини) Симптоми інтоксикації.	

ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації.

Діагностичні значення альбумінурії

Стадія діабетичної нефропатії	Альбумінурія		Концентрація альбуміну в сечі, мг/л	Співвідношення альбумін/креатинін сечі (мг/моль)
	В ранковій порції, мкг/хв	За добу, мг		
Нормоальбумінурія	< 20	< 30	< 20	< 2,5 (чоловіки) < 3,5 (жінки)
Мікроальбумінурія	20-199	30-299	20-199	2,5-25,0 (чол.) 3,5-25,0 (жін.)
Протеїнурія	≥ 200	≥ 300	≥ 200	> 25

Характеристика рівня ШКФ (за DOQI, 2002)

Рівень	ШКФ (мл/хв)
1. Нормальний або підвищений	≥ 90
2. Незначно знижений	60-89
3. Помірно знижений	30-59
4. Значно знижений	15-29
5. Термінальний	< 15 або діаліз

ДІАБЕТИЧНА НЕЙРОПАТІЯ

Код МКХ-10: Е 10.4 або Е 11.4.

Класифікація (формулювання діагнозу)

Ураження периферичної нервової системи:

- Діабетична полінейропатія: сенсорна (симетрична); моторна (симетрична); сенсомоторна (симетрична).
- Діабетична мононейропатія (ізольоване ураження провідних шляхів черепних або спинномозкових нервів).
- Автономна (вегетативна) нейропатія: кардіоваскулярна форма; гастроінтестинальна форма; уrogenітальна форма; порушення розпізнавання гіпоглікемії; інші.

Форми діабетичної стопи

Нейропатична форма	Ішемічна форма
Шкіра суха, ділянки гіперкератозу в ділянках надмірного навантаження на стопи	Колір шкіри блідий або ціанотичний, шкіра атрофічна, часто – тріщини
Специфічна деформація стоп, пальців, гомілковостопних суглобів	Неспецифічний характер деформації пальців, стопи
Пульсація на артеріях стоп збережена з обох сторін	Пульсація на артеріях стоп знижена або відсутня
Безболісні виразкові дефекти в ділянках надмірного навантаження	Акральні некрози, різко болючі
Відсутність суб'єктивної симптоматики	Переміжна кульгавість

Класифікація діабетичної стопи (формулювання діагнозу)

- Нейропатична форма: виразка стопи, діабетична остеоартропатія.
- Нейро-ішемічна форма.
- Ішемічна форма.

Всебічні цілі терапії, які треба досягати при лікуванні ЦД 2 типу

Глікемія	
Глікозильований гемоглобін HbA _{1c} , %	Загальноприйнятий рівень для більшості пацієнтів становить ≤ 7 , але може встановлюватися індивідуально, враховуючи наявні ускладнення. Рівень $\leq 6,5$ встановлюється у пацієнтів з високою очікуваною тривалістю життя, без ССЗ, без ризику розвитку гіпоглікемічного стану, у тих у кого це досяжне. Рівень $\leq 7,5$ встановлюється у пацієнтів з низькою очікуваною тривалістю життя, з ССЗ, з ризиком розвитку гіпоглікемічного стану.
Рівень глюкози в плазмі капілярної крові натщесерце, ммоль/л	$< 5,6$
Рівень глюкози в плазмі капілярної крові після їжі (випадковий), ммоль/л	< 10
Ліпіди	
Загальний холестерин, ммоль/л	$< 4,5$

Холестерин ліпопротеїдів низької щільності, ммоль/л	< 2,5 (< 1,8 якщо наявні ССЗ)
Холестерин ліпопротеїдів високої щільності, ммоль/л	Жінки > 1,0; чоловіки > 1,2, якщо наявні ССЗ.
Тригліцериди, ммоль/л	≤ 1,7
Артеріальний тиск	
Систолічний / Діастолічний, мм рт.ст. Систолічний / Діастолічний, мм рт.ст. (у разі порушень функцій нирок, очей, кардіо- та цереброваскулярних захворювань)	< 140/80-85
Вага	
Індекс маси тіла (ІМТ) Обхват талії (ОТ)	ІМТ ≤ 25 (кг/м²), але втрата ваги не більше 0,5-1 кг на тиждень ОТ ≤ 88 см (у жінок), ≤ 102 см (у чоловіків)
Тютюнопаління	
Відмова від паління	Повна відмова пацієнта від тютюнопаління. Дотримання вимог документу «Стандарти первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів»
Антитромбоцитарна терапія	
Ацетилсаліцилова кислота (зазвичай 75 мг/добу)	Профілактика вторинних ССЗ або профілактика первинних ССЗ у пацієнтів з дуже високим ризиком

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Цукровий діабет типу 1, тяжка форма, стадія декомпенсації, часті кетоацидотичні стани, проліферативна ретинопатія.

2. Цукровий діабет типу 1, середнього ступеню, стадія субкомпенсації, нефропатія III стадії.

3. Цукровий діабет 2 типу, середньої важкості, у стані компенсації, діабетична полінейропатія сенсорна, симетрична.

4. Цукровий діабет типу 2, тяжка форма, стадія декомпенсації, нефропатія IV стадії, ХХН 3ст, автономна нейропатія кардіоваскулярна форма з порушенням ритму – надшлуночкова екстрасистолія, діабетична стопа нейропатична форма – виразка стопи, полінейропатія сенсорна симетрична.

5. Цукровий діабет 2 типу, легка форма, стан компенсації, неускладнений.

6. Цукровий діабет 2 типу, тяжка форма, у стані субкомпенсації, синдром діабетичної стопи (трофічна виразка).

7. Цукровий діабет вагітних, легкого ступеню, стадія компенсації.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Своєчасне надання медичної допомоги на засадах доказової медицини пацієнтам лікарями загальної практики – сімейними лікарями сповільнює прогресування ЦД 2 типу та його ускладнень, поліпшує результати лікування, тривалість та якість життя, тривалий прогноз.

Амбулаторне лікування:

- обстеження та лікування хворих в період ком-

пенсації або субкомпенсації глікемії під наглядом ендокринолога.

- проведення масових профілактичних заходів щодо дотримання здорового способу життя та попередження факторів ризику ЦД 2 типу.

- при виявленні гострих ускладнень ЦД 2 типу надати пацієнту догоспітальну допомогу та самостійно чи за допомогою служби екстреної допомоги доставити пацієнта до установ, що надають вторинну (стаціонарну) медичну допомогу.

Стаціонарне лікування:

- при декомпенсації цукрового діабету;
- для лікування ускладнень.

Цукровий діабет 2 типу

Направити пацієнта до установ, що надають вторинну медичну допомогу:

- при недосягненні цільового рівня HbA1c протягом 6 місяців;

- при необхідності призначення інсуліну чи додання ЛЗ з групи інгібіторів ДПП-4, ЛЗ з групи тіазолідиндіонів або ЛЗ з групи аналогів ГПП-1 при значному зменшенні маси тіла на фоні лікування;

- при настанні вагітності;

- при гострих станах зумовлених ЦД 2 типу;

- при виявленні ознак ускладнень ЦД з метою уточнення діагнозу та корекції лікування;

- при прогресуванні хронічних ускладнень ЦД 2 типу та супутніх захворювань;

- при виявленні нез'ясованих розбіжностей між HbA1c та іншими показниками глікемії.

- Направити пацієнта з вперше виявленим ЦД 2 типу до консультаційно-діагностичного кабінету психологічної допомоги людям з ЦД 2 типу (Школи діабету) для про-

ведення групових навчань самоконтролю захворювання.

- При встановленні діагнозу ЦД 2 типу і при кожному щорічному огляді проводити визначення концентрації альбуміну, креатиніну, САК та дослідження ШКФ та проводити їх оцінку

Госпіталізація в ендокринологічне відділення

При ЦД 2 типу :

- виражена декомпенсація вуглеводного обміну, що потребує переведення на інсулінотерапію;
- тяжкий кетоацидоз або кома (кетоацидотична, гіперосмолярна, гіпоглікемічна);
- швидке прогресування судинних ускладнень ЦД.

При ЦД 1 типу:

- вперше виявлений ЦД за відсутності діабетичного кетоацидозу – для призначення і підбору інсулінотерапії, навчання за програмою «Школи самоконтролю хворого на ЦД»:

- діабетичний кето ацидоз;
- декомпенсація ЦД, в т.ч. при супутніх захворюваннях, яка не корегується в амбулаторних умовах;
- швидке прогресування хронічних ускладнень ЦД.

Показання до госпіталізації у відділення інтенсивної терапії:

- розвиток коматозних станів;
- виражене зневоднення;
- приєднання інфекції.

ДИФУЗНИЙ НЕТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Дифузне збільшення щитоподібної залози без порушення її функції.

Код за МКХ10: E 04.0

Класифікація розмірів зобу
ВООЗ, 1994

Ступінь	Опис
0	Зобу немає
I	Розміри часток більші дистальної фаланги великого пальця Зоб пальпується, але не видно оком
II	Зоб пальпується і його видно оком
III	Зоб пальпується і його видно на відстані 5 м

Формулювання діагнозу: Дифузний зоб II ст., еутиреоз.

ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Дифузний токсичний зоб – органоспецифічне аутоімунне захворювання, яке обумовлено первинним дефіцитом лімфоцитів-супресорів, які не перешкоджають утворенню тиреоїдстимулюючих імуноглобулінів до рецепторів цитоплазматичних мембран тиреоцитів.

Код за МКХ-10:

Е 05.0 Дифузний токсичний зоб.

Е 05.1 Тиреотоксикоз з токсичним одно-вузловим зобом.

Е 05.2 Тиреотоксикоз з токсичним багато вузловим зобом.

Е 05.9 Неуточнений тиреотоксикоз.

Е 05.4 Штучний, ятрогенний тиретоксикоз.

Ступені перебігу дифузного токсичного зобу

Ступінь перебігу	Клінічні прояви
Легкий	Переважає неврологічна симптоматика (драгівливість, знервованість, плаксивість, підвищена пітливість), частота серцевих скорочень прискорена (до 100 за 1 хв.), схуднення на тлі нормального харчування (втрата маси тіла до 10%)
Середній	Значні емоційні та вегетативні порушення, тахікардія (частота пульсу до 120 за хв.), збільшується систолічний та зменшується діастолічний рівні артеріального тиску, прояви серцевої недостатності не вище II А стадії. Значно знижується працездатність. Втрата маси тіла до 20% .
Тяжкий	Значні зміни з боку внутрішніх органів. Пульс понад 120 ударів за хв., часто спостерігається фібриляція передсердь, пульсовий тиск у межах 80-100 мм рт.ст., недостатність кровообігу II А-II Б стадії. Втрата маси тіла більш 20% . Непрацездатні.

Причини синдрому тиреотоксикозу:

1. Тиреотоксикоз, обумовлений підвищенням продукції тиреоїдних гормонів щитоподібною залозою:

А. ТТГ – незалежний:

- дифузний токсичний зоб (ДТЗ);
- тиреотоксична аденома;
- багато вузловий токсичний зоб;
- йод-індукований тиреотоксикоз (йод-базедов);
- високо диференційований рак щитоподібної залози;
- гестаційний тиреотоксикоз;

- хоріон- карцинома, пухирний заніс;
- аутосомно-домінантний неімуногенний тиреотоксикоз.

Б. ТТГ – залежний:

- Тиреотропінома;
- Синдром неадекватної секреції ТТГ (резистентність тиреотрофів до тиреоїдних гормонів).

2. Тиреотоксикоз, що не пов'язаний із підвищеною продукцією тиреоїдних гормонів:

- тиреотоксична фаза аутоімунного (АІТ), підгострого вірусного і післяпологового тиреоїдитів;
- артифіціальний;
- індукований прийомом аміодарону;
- ятрогенний.

3. Тиреотоксикоз, що обумовлений продукцією тиреоїдних гормонів пара щитоподібною залозою.

- Struma ovarii;
- Функціонально активні метастази раку щитоподібної залози.

Ступені тяжкості тиреотоксикозу

Субклінічний	Відсутність клінічних проявів тиреотоксикозу Знижений або пригнічений рівень ТТГ при нормальних рівнях T_3 і T_4
Маніфестний	Явна клінічна симптоматика Зниження рівня ТТГ у поєднанні з підвищенням рівня T_4 і/або T_3
Ускладнений	Ускладнення (миготлива аритмія, серцева недостатність, відносна недостатність надниркових залоз, дистрофічні зміни паренхіматозних органів, психоз, різкий дефіцит маси тіла)

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Дифузний токсичний зоб III ст., тяжкий перебіг в стадії декомпенсації, ускладнений: дефіцит маси тіла, метаболічна кардіоміопатія, пароксизмальна форма фібриляції передсердь, СН II А ст., ФК III.

2. Дифузний токсичний зоб II ст., маніфестний, перебіг середньої тяжкості, в стадії декомпенсації, систолічна артеріальна гіпертензія II ст., 2 ступінь, СН I ст.

3. Вузловий токсичний зоб, перебіг середньої тяжкості, в стадії декомпенсації.

4. Дифузний токсичний зоб I ст., субклінічний.

5. Тиреотоксикоз легкого ступеня, індукований прийомом кордарону.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період ремісії під наглядом ендокринолога.

Стаціонарне лікування в ендокринологічному стаціонарі:

- декомпенсація захворювання;
- тяжка форма захворювання;
- наявність ускладнень: порушення серцевого ритму, прогресуюча офтальмопатія, тощо;
- хірургічне лікування.

ГІПОТИРЕОЗ

Гіпотиреоз – клінічний синдром, обумовлений тривалою стійкою недостатністю гормонів щитоподібної залози, або зниженням ефекту їх дії на тканинному рівні.

Код за МКХ-10:

Е 02 – субклінічний гіпотиреоз.

Е 03.2 – медикаментозний гіпотиреоз.

Е 03.3 – після інфекційний гіпотиреоз.

Е 03.8 – інший уточнений гіпотиреоз.

Е 03.9 – не уточнений гіпотиреоз.

Е 89 – після процедурний гіпотиреоз.

Класифікація.

А. За рівнем ураження:

1. Первинний (тиреогенний)

2. Вторинний (гіпофізарний), третинний (гіпоталамічний):

а. Пангіпопітуїтаризм;

б. Ізольований дефіцит ТТГ;

с. Аномалії гіпоталамо-гіпофізарної ділянки.

3. Тканинний (транспортний, периферичний) – резистентність до гормонів ЩЗ; гіпотиреоз при нефротичному синдромі.

Б. 1. Вроджений:

а) Аномалії розвитку щитовидної залози: дисгенезія (агенезія, гіпоплазія, дистонія, ектопія);

б) Дизгормогенез: уроджені ензимопатії, що супроводжуються порушенням біосинтезу тиреоїдних гормонів; дефект рецепторів до ТТГ;

с) Вроджений пангіпопітуїтаризм;

д) Транзиторний:

– Ятрогенний;

– Спричинений материнськими тиреоблокуючими антитілами;

– Ідіопатичний.

2. Набутий:

– тиреоїдити (аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоїдна фаза, підгострий вірусний);

- після процедурний (операції на щитоподібній залозі);
- ятрогенний (тиреостатична терапія радіоактивним йодом, тиреостатики);
- ендемічний зоб.

В. За перебігом:

1. **Транзиторний;**

2. **Субклінічний** (мінімальна тиреоїдна недостатність);

3. **Маніфестний** (клінічний) – перебіг легкий, середній, важкий.

Г. За станом компенсації:

1. Компенсований;

2. Декомпенсований.

Д. Ускладнення: тиреогенний нанізм, енцефалопатія, кретинізм, поліневропатія, міопатія, гіпотиреоїдна кома, порушення статевого розвитку (затримка або передчасне статеве дозрівання), тощо.

Ступені тяжкості гіпотиреозу			
Критерії	Легка форма	Середньої важкості	Тяжка форма (ускладнений)
Скарги	Маловиразні: загальна кволість, підвищена втомлюваність, зниження розумової та фізичної працездатності, збільшення маси тіла	Чіткі: набряки обличчя, кінцівок, мерзлякуватість, сонливість, зниження пам'яті	Демонстративні: загальмованість, значне зниження пам'яті, депресія, психози, постійна сонливість
Ознаки міопатії	Легкі	Чітко виражені	Адинамія

Ознаки нейропа- тії	Онiмiння, парестезії кінцівок	Є	Виражені, порушені всі види чутли- вості
Сухість шкіри	На ліктях	Суха та щіль- на	Суха та щіль- на
Набряки	Пастозність обличчя	Розповсюдже- ні	Розповсюдже- ні, рідина у порожнинах
Пульс	До 60	60-50	50-40
Анемія	Відсутня	Можлива	Присутня
T ₃ , T ₄ крові	Норма або по- мірно зниже- ні	Знижені	Значно зни- жені
ТТГ	Збільшений до 10	Більше 10	Значно збіль- шений
Усклад- нення	-	-	СН, психоз, полісерозити, кретинізм

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Аутоімунний тиреоїдит, дифузний зоб ІІ, субклінічний гіпотиреоз.

2. Набутий післяопераційний гіпотиреоз (тиреоедектомія з приводу фолікулярної аденоми ЩЗ (дата)), маніфестний, середнього ступеня, стадія декомпенсації.

3. Первинний ідіопатичний гіпотиреоз важкого ступеня, декомпенсація, метаболічна кардіоміопатія, СН ІІ А, ІІІ ФК, енцефалопатія ІІ.

4. Первинний гіпотиреоз внаслідок аутоімунного тиреоїдиту, середньої важкості в стані медикаментозної компенсації. Гіпотиреоїдна енцефалопатія І ст.

5. Вроджений гіпотиреоз, важка форма в стані декомпенсації. Кретинізм. Тиреогенний нанізм.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих в період компенсації або субкомпенсації під наглядом ендокринолога.

Стационарне лікування:

- при декомпенсації;
- для лікування ускладнень.

ХРОНІЧНИЙ АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ

Код МКХ-10: E 06.3.

АІТ – хронічне захворювання, що характеризується рядом особливостей клінічної картини і перебігу, обумовлених недавнім дебютом захворювання і тому мінімальними морфо-функціональними змінами щитовидної залози на початкових стадіях імунопатологічного процесу.

Класифікація:

1. За функціональним станом ЩЗ:

- гіпотиреоз;
- еутиреоз;
- тиреотоксикоз.

2. За розмірами ЩЗ:

- гіпертрофічна форма;
- атрофічна форма.

3. За клінічним перебігом:

- латентний;
- клінічний.

4. *За нозологічною формою:*
- АІТ як самостійне захворювання
 - АІТ у поєднанні з іншими захворюваннями ЩЗ (підгострий тироїдит, вузловий зоб, ДТЗ)
 - Як компонент аутоімунного поліендокринного синдрому.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. АІТ, гіпертрофічна форма, зоб 2 ст., еутиреоз.
2. АІТ, атрофічна форма, гіпотиреоз, важка форма, стан декомпенсації, вторинна гіпотиреоїдна анемія, гіпотиреоїдна енцефалопатія І ст.

ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ

Хронічна недостатність надниркових залоз (ХННЗ)
– ендокринне захворювання, обумовлене недостатньою секрецією гормонів кори надниркових залоз внаслідок порушення функціонування одного або декількох ланок гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи.

Код за МКХ-10:

E27.1 – первинна ХННЗ.

E 23.0 – вторинна ХННЗ.

Класифікація ННЗ:

1. **За рівнем ураження:**
 - 1) первинна;
 - 2) вторинна;
 - 3) третинна.
2. **За ступенем важкості:**
 - 1) легка;

2) середнього ступеня важкості;

3) важка.

3. За станом компенсації:

1) компенсована;

2) субкомпенсована;

3) некомпенсована.

4. За виразністю клінічних проявів:

1) явна;

2) латентна.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Первинна хронічна недостатність надниркових залоз, середньої важкості, в стані медикаментозної компенсації

2. Гіпопітуїтаризм. Вторинна хронічна недостатність надниркових залоз, легка форма в стані субкомпенсації. Вторинний гіпотиреоз, середньої важкості, в стані субкомпенсації. Затримка росту.

Показання до госпіталізації в ендокринологічне відділення:

– Декомпенсація хвороби, в т.ч. при супутніх захворюваннях.

НЕЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Нецукровий діабет – захворювання, при якому частково або повністю відсутня секреція АДГ або до нього порушена чутливість нирок.

1. Центральний (нейрогенний, церебральний). НЦД (Код МКХ-10: Е 23.2):

– сімейна форма, аутосомно-домінантний тип спадкування (спадкові дефекти синтезу пре- проАДГ в гіпоталамусі);

- ідіопатичний;
- після травматичний (ЧМТ, операція);
- неопластичний (краніофарингіома, пінеалома, гермінома, будь-які пухлини гіпофіза, метастази раку легень, молочної залози);
- ураження ЦНС (аутоімунні, нейроінфекція, системні захворювання, судинні аномалії, прийом препаратів).

2. Нефрогенний (нирковий) НЦД (Код МКХ-10: Е 25.1):

- сімейний спадковий;
- метаболічні розлади (гіперкальціємія, гіпокаліємія);
- ятрогенний (препарати, що пригнічують утворення цапф, амфотеріцин В, тощо);
- обструкція сечовивідних шляхів, пієлонефрит, амілоїдоз;
- аліментарні порушення (збільшення вживання води при зменшенні вживання солі).

3. Психогенний НЦД.

4. НЦД у вагітних – збільшення руйнування АДГ ферментами плаценти.

Ступені важкості (за добовим діурезом):

1. Легкий (до 3-х літрів);
2. Середньої важкості (3-5 літрів);
3. Важкий (5-10 літрів).

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Нецукровий діабет центральний, післятравматичний, важка форма в стані субкомпенсації.

2. Нецукровий діабет нефрогенний метаболічний (гіперкальціємія), середньої важкості в стадії субкомпенсації.

Показання до госпіталізації в ендокринологічне відділення:

- Діагностика та підбір лікування при хворобі, яка вперше діагностована.
- Різка декомпенсація хвороби з наявності проявів зневоднення.

ОЖИРІННЯ

Ожиріння – це хронічне захворювання, яке характеризується надмірним вмістом жиру в організмі і включає в себе гетерогенну групу близьких патологічних станів.

Код МКХ-10:

Е 66.0 – Аліментарно-конституційне ожиріння.

Е 66.8 – Гіпоталамічне ожиріння. Патологічне ожиріння.

Е 66.9 – Ожиріння не уточнене.

Класифікація

I. За етіологічним принципом та типом ожиріння:

A. Первинне ожиріння (аліментарно-конституціональне).

1. Андроїдне (верхній тип, абдомінальне, вісцеральне, яблукоподібне):

а) з компонентами метаболічного синдрому

б) з розгорнутою симптоматикою метаболічного синдрому.

2. Гіноїдне (нижній тип, сіднично-стегнове, грушоподібне).

3. З вираженим порушенням харчової поведінки:

а) синдром нічної їжі

б) сезонні афективні коливання

в) з гіперфагічною реакцією на стрес.

4. З синдромом Піквіка.

5. З синдромом апное під час сну.

6. Змішане.

Б. Вторинне ожиріння (симптоматичне).

1. З установленим генетичним дефектом.

2. Церебральне.

а) Пухлини, травми головного мозку.

б) Системні ураження мозку, інфекційні захворювання.

В. Гормонально-неактивні пухлини гіпофіза, синдром "порожнього" турецького сідла.

– На тлі психічних захворювань.

3. Ендокринне.

а) гіпоталамо-гіпофізарне (гіпоталамічне).

б) гіпотиреоїдне.

в) гіпооваріальне.

г) гіперкортикоїдне.

II. За ступенем ожиріння.

III. За перебігом:

1. стабільний.

2. прогресуючий.

**Класифікація надлишкової маси тіла в дорослих
залежно від індексу маси тіла
ВООЗ, 1997**

Класифікація	Індекс маси тіла, кг/зріст (м ²)	Ризик супутніх захворювань
Недостатня маса	Менше ніж 18,5	Низький (але збільшується ризик інших клінічних проблем)
Нормальна маса	18,5-24,9	Середній
Надлишкова маса:	Понад 25	

Передожиріння	25-29,9	Збільшений
Ожиріння I класу	30-34,	Помірно збільшений
II класу	9 35-39,9	Значно збільшений
III класу	Понад 40	Дуже збільшений

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗУ

1. Аліментарно-конституціональне ожиріння II класу, стабільна форма, абдомінальний тип, метаболічний синдром .

2. Аліментарно-конституціональне ожиріння III класу, гіноїдний тип, прогресуючий перебіг.

3. Гіпоталамічне ожиріння, за типом Іценко-Кушинга, III класу, прогресуючий перебіг.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

– обстеження та лікування хворих під наглядом ендокринолога, терапевта.

Стационарне лікування:

– аліментарно-конституціональне ожиріння з метаболічним синдромом;

– для обстеження та диференційної діагностики.

Метаболічний синдром

*Діагностичні критерії метаболічного синдрому –
абдомінальне ожиріння + 2 інших ознаки з 5*

Діагностичні
критерії
метаболічного
синдрому

1. Вісцеральне (абдомінальне) ожиріння: ІМТ $> 25 \text{ кг/м}^2$; окружність талії (ОТ): (Ч) $> 94 \text{ см}$, (Ж) $> 80 \text{ см}$; відношення ОТ/ОС (об'єм стегон): $> 0,85$ для жінок, $> 0,95$ для чоловіків

2. Порушення вуглеводного обміну:
– порушення толерантності до глюкози (глікемія через 2 години після внутрішнього прийому 75 г глюкози $> 7,8 \text{ ммоль/л}$);
– гіперглікемія натще $> 5,6 \text{ ммоль/л}$;
– цукровий діабет типу II [глюкоза плазми крові: натще $> 7,0 \text{ ммоль/л}$ (126 мг/дл), глікемія через 2 години після їжі $> 11,0 \text{ ммоль/л}$ ($> 198 \text{ мг/дл}$)]

Дисліпідемія:
3. ХсЛПВЩ – Ч $< 1,0 \text{ ммоль/л}$ ($< 40 \text{ мг/дл}$), Ж $< 1,3 \text{ ммоль/л}$ ($< 48 \text{ мг/дл}$);
4. Гіпертригліцеридемія $> 1,7 \text{ ммоль/л}$;

5. Артеріальна гіпертензія

Варіанти метаболічного синдрому

Повний МС:
АО + АГ + порушення
вуглеводного обміну +
 $\downarrow$ ХСЛПВЩ + $\uparrow$ ТГ

Неповний МС:
АО + АГ + порушення ТТГ;
АО + ЦД + $\uparrow$ ТГ;
АО + $\uparrow$ ТГ + $\downarrow$ ХСЛПВЩ;
АО + АГ + $\uparrow$ ТГ;
АО + АГ + $\downarrow$ ХСЛПВЩ;
АО + АГ + ЦД

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ

При наявності наступних синдромів: лейкемоїдних реакцій, нейтропенії, еритроцитозу, лімфаденопатії, моноклеарного синдрому, гіпо- та гіперспленізму, геморагічних проявів можливе попереднє формулювання синдромного діагнозу з подальшим залученням до діагностично-лікувального процесу інших спеціалістів (гематолога, онколога, інфекціоніста та ін.).

Наказ МОЗ України від 30.07.2010 р. № 647

АНЕМІЇ

Анемія – стан, що характеризується зниженням концентрації гемоглобіну (менше 130 г/л у чоловіків і 120 г/л у жінок) та/або еритроцитів в одиниці об'єму крові нижче норми для певного віку та статі.

Класифікація

Дворецький Л. І., Воробйов П. А., 1994

I. Анемії внаслідок крововтрати (постгеморагічні анемії):

- Гостра постгеморагічна анемія.
- Хронічна постгеморагічна анемія.

II. Анемії внаслідок порушень процесу утворення гемоглобіну або процесів еритропоезу:

- Залізодефіцитна анемія.
- Залізоперерозподільна анемія (порушення утилізації заліза).
- Залізонасичена (сидероахрестична) анемія (порушення синтезу і утилізації порфіринів).

- Мегалобластні анемії (порушення синтезу ДНК і РНК), у тому числі і B_{12} - і фолієводефіцитні анемії.
- Гіпопроліферативні анемії.
- Анемії, пов'язані з кістковомозковою недостатністю, зокрема гіпопластичні (апластичні) анемії, рефрактерна анемія при мієлодиспластичному синдромі.
- Метапластичні анемії, зокрема анемія при гемобластозах, анемія при метастазах раку в кістковий мозок.
- Дизеритропоетичні анемії.

ІІІ. Анемії, спричинені посиленням розпадом еритроцитів в організмі (гемолітичні):

- Спадкові, зокрема Мінковського-Шоффара, серповидноклітинна анемія, гемоглобінози, таласемія.
- Набуті, зокрема аутоімунні, пароксизмальна нічна гемоглобінурія, медикаментозні, травматичні і мікроангіопатична, внаслідок отруєння гемолітичними отрутами і бактерійними токсинами.

ІV. Анемії змішані (полідефіцитні), обумовлені поєднаною недостатністю різних гемопоетичних чинників і дією ряду патологічних механізмів (гемолізу, метаплазії, аутоімунних конфліктів, крововтрати, сепсису та ін.).

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ

Наказ МОЗ України від 02112015 № 709

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) характеризується зниженням кількості заліза в організмі, внаслідок чого порушується синтез гема, а також синтез білків, що вміщують залізо. При ЗДА спостерігається порушення балансу заліза з перевагою витрат над надходженням.

Код за МКХ-10 залізодефіцитна анемія – шифр D 50, внаслідок втрати крові – D 50.0.

Причини ЗДА:

1. Хронічні крововтрати: у жінок репродуктивного віку найчастіше маткові кровотечі (тривалі рясні місячні, дисфункціональні маткові кровотечі, міома матки, ендометріоз тощо), у чоловіків – кровотечі зі шлунково-кишкового тракту, а також кровотечі іншої локалізації.

2. Порушення всмоктування заліза при патології шлунково-кишкового тракту.

3. Порушення утилізації заліза при ензиматичних дефектах.

4. Аліментарний дефіцит заліза внаслідок недостатнього або нераціонального харчування.

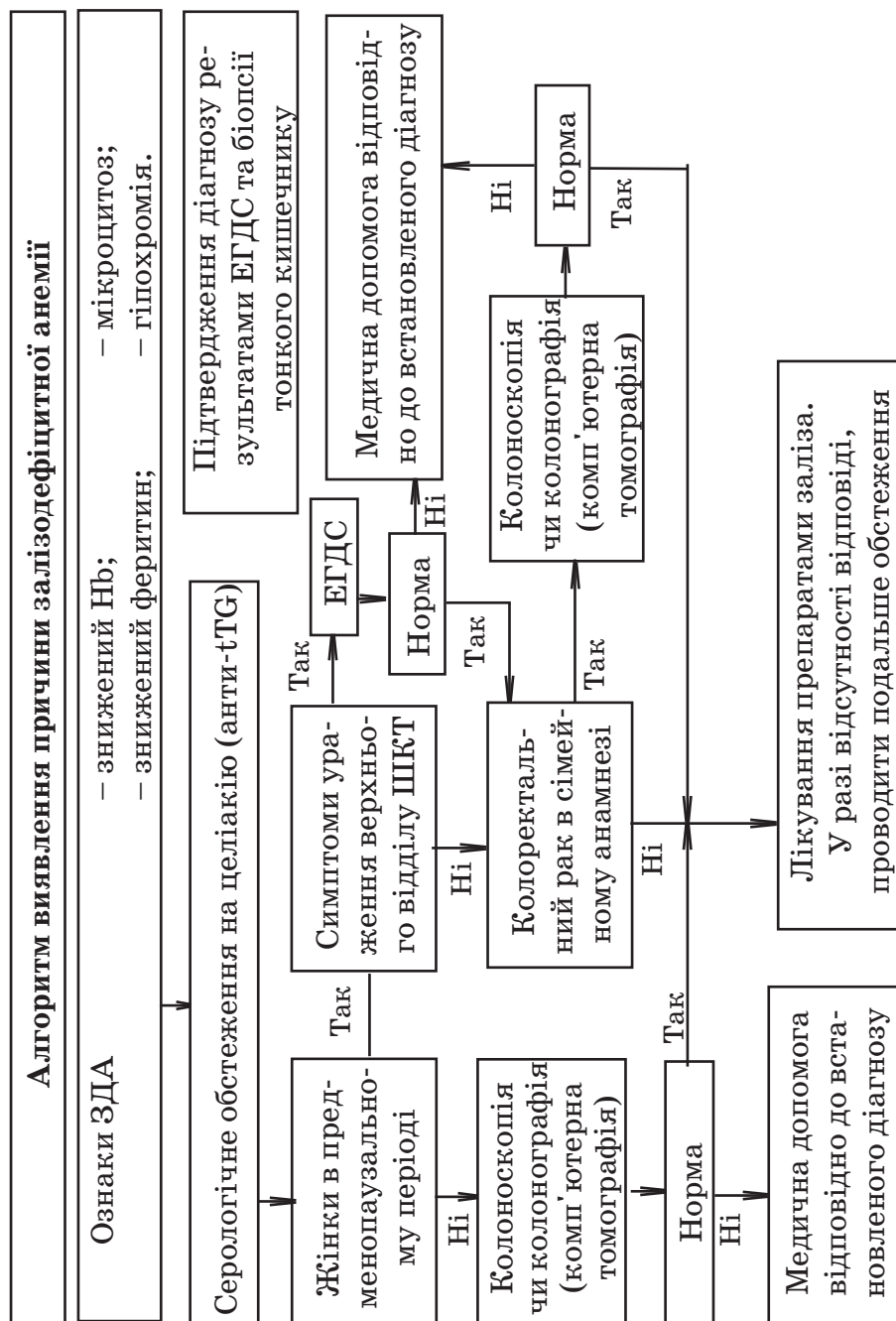
5. Підвищена потреба в залізі при вагітності, швидкому рості.

6. Складний генез – при інфекціях, гормональних порушеннях, пухлинах.

Ступінь тяжкості анемії				
Вікова група	Норма	Легкий	Середній	Тяжкий
Не вагітні жінки старше 15 ро-ків	> 120 г/л	110-119 г/л	80-109 г/л	<80 г/л
Вагітні жін-ки	> *110-105 г/л	100-109 г/л	70-99 г/л	<70 г/л
Чоловіки	> 130 г/л	110-129 г/л	80-109 г/л	<80 г/л

**Примітка: для I та III триместрів – норма 110 г/л, для II – 105 г/л.*

Класифікація і причини залізодефіцитних анемії	
Вид	Основні причини
Хронічні постгеморагічні	– донорство – носові кровотечі – кровотечі в замкнені порожнини – гемосидероз – хронічні кровотечі з ШКТ (пептичні виразки, ерозії гастродуоденальної зони, пухлини ШКТ, діафрагмальні киля, дивертикулярна хвороба, геморой, глистова інвазія) – гіперполіменорея, пологи, аборти
ЗДА, що пов'язані з підвищеною потребою в залізі (без крововтрати)	– вагітність, лактація – період статевого дозрівання
ЗДА, які пов'язані з порушенням всмоктування заліза та надходженням його з їжею	– недоліки харчування (вегетаріанство, піст, недоїдання) – хвороби кишечника і шлунку (хронічні ентерити, резекції тонкої кишки, гастректомія та ін.)
ЗДА, які пов'язані з порушенням транспортування заліза	– вроджена атрансферитинемія – наявність антитіл до трансферину
ЗДА, які пов'язані з недостатнім вихідним рівнем заліза (у новонароджених і дітей молодшого віку)	– недоношеність – багатоплідна вагітність – відмова дитини від їжі
ЗДА внаслідок перерозподілу заліза	– інфекції – запалення – пухлини



Формулювання діагнозу

В формулюванні діагнозу повинно бути зазначено:

1. Природа анемії (наприклад залізодефіцитна – у разі, якщо остання була підтверджена шляхом визначення показника вмісту феритину у сироватці крові). Якщо природа анемії не встановлена, вона потребує опису, який передбачає зазначення зміни морфології еритроцитів та позначається як «не уточнена» і потребує подальшого направлення пацієнта на консультацію до гематолога).

2. Причина анемії (наприклад аліментарного генезу чи внаслідок крововтрати).

Якщо в діагнозі в якості причини вказано крововтрату, то наводиться інформація про її джерело (у разі його виявлення) або наводиться найбільш імовірне її джерело (під знаком питання), що передбачає подальше обстеження пацієнта.

3. Ступінь тяжкості анемії.

4. Наявність ускладнень, які є наслідком анемії.

Наприклад: Залізодефіцитна анемія внаслідок крововтрати з шлунково-кишкового тракту (?), тяжкого ступеня, ускладнена гіпоксичною міокардіопатією.

B_{12} ТА ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ

МКХ-10: D 51.

Мегалобластна анемія зумовлена дефіцитом вітаміну B_{12} . При дефіциті цього вітаміну порушується синтез дезоксирибонуклеїнової кислоти та мітотичні процеси в клітинах організму, особливо в клітинах кісткового мозку.

Причини дефіциту вітаміну B_{12}

1. *Порушення всмоктування вітаміну B_{12} :*

– хвороба Аддісон-Бірмера (аутоімунне захворювання, зумовлене наявністю антитіл проти внутрішнього

фактора або клітин дна шлунка);

- стан після резекції шлунка;
- хвороби тонкого кишечника;
- хронічний панкреатит.

2. *Недостатнє надходження з їжею:*

- вегетаріанство;
- недостатня кількість м'ясних продуктів в раціоні.

3. *Недостатнє використання, прийом деяких медикаментів:*

- неоміцин, колхіцин;
- дефіцит ензимів, що беруть участь в процесах обміну, залежних від вітаміну B_{12} .

4. *Збільшена потреба або використання:*

- паразитарні хвороби;
- мієлопроліферативні хвороби;
- множинна мієлома.

5. *Вроджені селективні дефекти всмоктування вітаміну B_{12} .*

ФОЛІЄВО-ДЕФІЦИТНІ АНЕМІЇ

МКХ-10: D 52.

Фолієво-дефіцитна анемія (ФДА) – хвороба, зумовлена розвитком дефіциту в організмі фолієвої кислоти.

1. Екзогенний дефіцит фолієвої кислоти – у їжі, підвищена потреба організму (вагітність, алкоголізм та цироз печінки, захворювання з підвищеною клітинною проліферацією).

2. Ендогенний дефіцит фолієвої кислоти – стан після резекції тонкої кишки, спру, целиакія, медикаментозно-індукований дефіцит.

3. Спадкове порушення транспорту фолатів через стінку тонкої кишки.

ГІПОПЛАСТИЧНА (АПЛАСТИЧНА) АНЕМІЯ

МКХ-10: D 61.3.

Апластична анемія (АА) характеризується недостатністю кровотворення – гіпоклітинним кістковим мозком і панцитопенією у периферичній крові. Розрізняють вроджену та набуту форми АА. Етіологія набутої АА у більшості хворих невідома, таку форму характеризують як первинну або ідіопатичну АА. У 30-40% хворих на АА недостатність кровотворення можна пов'язати з пошкоджуючою дією різних факторів:

- медикаментів – бензол, солі золота, нестероїдні протизапальні та інші медикаменти та хімічні речовини;
- іонізуючої радіації;
- вірусів (Epstein-Barr, вірус гепатиту В і С, парвовірус B₁₉, HIV).

Фактори, що спричиняють пошкодження кісткового мозку можуть впливати токсично на гемопоетичні клітини чи клітини строми безпосередньо або через імунологічні механізми.

Класифікація АА.

Виділяють три ступені тяжкості АА:

- **тяжка форма** – кількість гранулоцитів $\leq 0,5$ г/л, кількість тромбоцитів $\leq 20,0$ г/л, число ретикулоцитів $\leq 1\%$, клітинність кісткового мозку $< 30\%$; деякі автори виділяють дуже тяжку форму, коли кількість гранулоцитів $< 0,2$ г/л;
- **форма середньої тяжкості** – відсутні 1 або 2 критерії тяжкої форми;
- **легка форма** – характеризується гіпоплазією кісткового мозку.

Класифікація анемій за А.І. Воробйовим і співавт., 1985

I. Ендогенні апластичні анемії:

1. Ендокринні (гіпотиреоз, гіпопітуїтаризм), генуїнна Ерліха, остеомієлосклероз.

II. Екзогенні апластичні анемії:

1. Радіаційні.

2. Хімічні.

3. Токсико-алергічні.

4. Інфекційні.

Класифікація анемій за С.А.Гусєвою і співавт., 2004:

I. Спадкові (конституційні).

II. Набуті – первинні, вторинні (з відомою етіологією, ідіопатичні).

III. Залежно від ураження гемопоєзу:

- із ураженням трьох ростків кровотворення;
- із переважною депресією лейко- і тромбоцитопоєзу;
- із внутрішньо судинним гемолізом за типом пароксизмальної нічної гемоглобінурії.

IV. Залежно від тривалості захворювання – гостра, підгостра, хронічна.

ГЕМОЛІТИЧНІ АНЕМІЇ

Аутоімунна гемолітична анемія (АІГА) зумовлена посиленням руйнуванням еритроцитів антитілами проти власних еритроцитарних антигенів.

Код МКХ 10: D 59.0

В залежності від характеру антитіл виділяють:

- АІГА з «теповими» IgG антитілами.
- АІГА з «холодовими» IgM антитілами (хвороба холодних аглютинінів).

– АІГА з «холодовими» IgG антитілами (пароксизмальна холодова гемоглобінурія).

Аутоімунна гемолітична анемія з «теповими» антитілами – це найпоширеніша форма АІГА, що становить 70-80% всіх імунних гемолітичних анемій, характеризується неповними тепловими аглютинінами, які переважно належать до класу IgG і визначаються за допомогою прямого антиглобулінового тесту Кумбса.

Розрізняють:

– Ідіопатичну (первинну) АІГА, причину виникнення якої з'ясувати не вдається.

– Симптоматичну (вторинну) АІГА, яка виникає на фоні низки захворювань (хронічні лімфопроліферативні процеси, системні захворювання сполучної тканини, захворювання печінки, злоякісні пухлини, інфекційні хвороби, дія деяких медикаментів).

Аутоімунна гемолітична анемія зумовлена холодовими антитілами класу IgM

АІГА, зумовлена холоддовими аглютинінами спостерігається при хронічних лімфопроліферативних процесах, моноклональних гамопатіях, системних захворюваннях сполучної тканини, інфекційних хворобах, мікоплазменній пневмонії, інфекційному мононуклеозі.

Анемія при хронічних захворюваннях – це стан, що розвивається внаслідок подразнення імунної системи при хронічних інфекціях, запальних або неопластичних процесах і характеризується зменшенням продукції еритроцитів, малою кількістю еритроцитів, низькою концентрацією заліза й трансферину, але підвищеною концентрацією феритину.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Залізодефіцитна анемія, обумовлена частими гемо-роїдальними кровотечами, середній ступінь тяжкості.
2. Вагітність 24 тиж.: ендегенна залізодефіцитна анемія, легкого ступеня.
3. Залізодефіцитна анемія ендегенна, за типом ювенільного хлорозу, легкого ступеня.
4. Хронічний атрофічний пангастрит з кишковою метаплазією, B_{12} -дефіцитна анемія, важкий ступінь тяжкості.
5. Змішана постгастрорезекційна анемія, середньої тяжкості.
6. Мегалобластна (B_{12} дефіцитна анемія), середній ступінь важкості, целиакія.
7. B_{12} -фолієводефіцитна анемія, тяжкий перебіг. Фунікулярний мієлоз.
8. Первинна апластична анемія з ураженням трьох ростків кровотворення, хронічний перебіг, неважка форма.
9. Спадковий мікросфероцитоз (хвороба Мінковського-Шоффара), гемолітичний криз.
10. Аутоімунна гемолітична анемія, хронічна форма, гемолітичний криз.
11. Гостра постгеморагічна анемія, стадія 3, тяжкий перебіг.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- діагностика анемії на рівні лікаря загальної практики, при необхідності – консультація гематолога;
- лікування анемії легкого ступеня важкості та після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

терапевтичне відділення:

- діагностика виду та причини при неможливості проведення досліджень в амбулаторних умовах;
- середній та тяжкий ступінь анемії (залізодефіцитної, B_{12} -фолієвої, анемії при хронічному захворюванні).

гематологічне відділення:

- верифікація виду анемії при складних випадках;
- гемолітичні анемії – діагностика та гемолітичні кризи;
- гіпо- та апластичні анемії – діагностика та лікування.

Організація надання медичної допомоги залізодефіцитної анемії

Лікування хворих може проводитись амбулаторно і стаціонарно у лікувальних закладах 2 рівня надання медичної допомоги, при необхідності – у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

Організація надання медичної допомоги апластичної анемії

Лікування хворих на АА повинно проводитись у спеціалізованих гематологічних закладах – обласний (міський) гематологічний кабінет, обласне (міське) гематологічне відділення (денний стаціонар), а також у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

Організація надання медичної допомоги B_{12} -дефіцитної анемії

Лікування хворих повинно проводитись у спеціалізованих гематологічних закладах – обласний (міський) гематологічний кабінет, обласне (міське) гематологічне відділення (денний стаціонар), а також у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

ГЕМОБЛАСТОЗИ

Класифікація гемобластозів

I. Гемобластози кісткомозкового походження.

1.1 Гостра лейкемія (гострий лейкоз):

- гостра лімфобластна лейкемія;
- гостра нелімфобластна лейкемія.

1.2. Хронічна лейкемія:

- хронічна мієлоїдна лейкемія;
- хронічна лімфоїдна лейкемія;
- ідіопатичний мієлофіброз;
- еритремія.

1.3. Парапротейінемічні гемобластози:

- множинна мієлома;
- хвороба Вальденстрема.

II. Гемобластози позакісткомозкового походження (лімфоми):

- лімфогранулематоз (хвороба Ходжкіна);
- неходжкінська злоякісна лімфома.

Класифікація гострих лейкемій (європейська група імунофенотипування).

1. Гострі лімфобластні лейкемії:

- В-лінійні;
- Т-лінійні;
- з експресією одного або двох мієлоїдних маркерів.

II. Гострі мієлоїдні лейкемії:

- мієломоноцитарна;
- еритроїдна;
- мегакаріоцитарна;
- низькодиференційована мієлоїдна;
- з експресією одного або двох лімфоїдних маркерів.

III. Біфенотипові гострі лейкемії.

IV. Недиференційовані гострі лейкемії.

Діагностика всіх гемобластозів ґрунтується на морфологічному аналізі пухлини. Діагноз та лікування без гістологічної верифікації є недопустимими.

ГОСТРА ЛІМФОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ

МКХ-10: С 91.0, С 91.5.

Гостра лімфобластна лейкемія (ГЛЛ) – це пухлинне захворювання, яке характеризується первинним ураженням морфологічно незрілими кровотворними (бластними) клітинами кісткового мозку та інфільтрацією елементами пухлини різних тканин і органів.

Імунологічна класифікація ГЛЛ

1. В-клітинна ГЛЛ:
 - пре-пре-В (рання пре-В);
 - common (загальна В);
 - пре-В;
 - дозріла В.
2. Т-клітинна ГЛЛ:
 - пре-пре-Т;
 - пре-Т;
 - кортикальна Т;
 - дозріла Т.
3. Біфенотипічна ГЛЛ (з експресією Т- та В-клітинних маркерів).
4. Гібридна (аберантна) ГЛЛ (з експресією мієлоїдних маркерів).
5. Змішано-клітинна ГЛЛ.
6. З недиференційованих лімфоїдних клітин-попередниць (ні-Т ні-В ГЛЛ).

ГОСТРА МІЄЛОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ

МКХ-10: С 92.0, С 92.4, С 92.5, С 93.0, С 94.0, С 94.2.

Гостра мієлоїдна лейкемія (ГМЛ) – гетерогенна група пухлинних захворювань, які характеризуються первинним ураженням морфологічно незрілими кровотворними (бластними) клітинами кісткового мозку та інфільтрацією елементами пухлини різних тканин і органів.

КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРИХ МІЄЛОЇДНИХ ЛЕЙКЕМІЙ

(ФАВ-КЛАСИФІКАЦІЯ)

М 0 – гостра недиференційована мієлоїдна лейкемія.

М 1 – гостра мієлоїдна лейкемія без ознак дозрівання.

М 2 – гостра мієлоїдна лейкемія з ознаками дозрівання.

М 3 – гостра промієлоцитарна лейкемія.

М 3м – мікрогранулярна гостра промієлоцитарна лейкемія.

М 4 – гостра мієломонобластна лейкемія.

М 4е – еозинофільний варіант гострої мієломонобластної лейкемії.

М 5а – гостра монобластна лейкемія без ознак дозрівання.

М 5б – гостра моноцитоїдна лейкемія з ознаками дозрівання.

М 6 – гостра еритроїдна лейкемія.

М 7 – гостра мегакаріоцитарна лейкемія.

З урахуванням сучасних досягнень у дослідженні патогенезу лейкемій експертами ВООЗ пропонується нова класифікація гострої мієлоїдної лейкемії.

ВООЗ КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРИХ МІЄЛОЇДНИХ ЛЕЙКЕМІЙ

I. Гостра мієлоїдна лейкемія з цитогенетичними аномаліями, що повторюються:

ГМЛ з $t(8;21)(q22; q22)$.

Гостра промієлоцитарна лейкемія (ГМЛ з $t(15;17)(q22; q11-12)$).

ГМЛ з аномальними еозинофілами у кістковому мозку (inv(16)(p13q22) або t(16; 16)(p13; q11).

ГМЛ з аномаліями 11q23.

II. Гостра мієлоїдна лейкемія з багатолінійною дисплазією:

ГМЛ з попереднім мієлодиспластичним синдромом.

ГМЛ без попереднього мієлодиспластичного синдрому.

III. Гостра мієлоїдна лейкемія, пов'язана з попередньою терапією:

Після алкілюючих препаратів.

Після похідних епіподофіллотоксину.

Інші типи.

IV. Гостра мієлоїдна лейкемія, не категоризована інакше:

ГМЛ мінімально диференційована.

ГМЛ без ознак дозрівання.

ГМЛ з ознаками дозрівання.

Гостра мієломоноцитарна лейкемія.

Гостра моноцитарна лейкемія.

Гостра еритроїдна лейкемія.

Гостра мегакаріоцитарна лейкемія.

Гостра базофільна лейкемія.

Гострий панмієлоз з мієлофіброзом.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Організація надання медичної допомоги

Лікування хворих повинно проводитись у спеціалізованих гематологічних закладах – обласний (міський) гематологічний кабінет, обласне (міське) гематологічне відділення (денний стаціонар), а також у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

НЕХОДЖКІНСЬКА ЛІМФОМА

Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 866

МКХ-10: С 82, С 83, С 84.

Неходжкінські лімфоми (НГЛ; non-Hodgkin's lymphomas) – це солідні пухлини, що походять з лімфоїдної тканини, найчастіше – з лімфатичних вузлів, в основі яких лежить злоякісна клональна трансформація В-, Т- чи НК-клітин на різних стадіях їх диференціації. Особливостями НГЛ, що об'єднують цілу низку лімфоїдних пухлин різного ступеня злоякісності (grade), є надзвичайна різноманітність їх локалізації та поширення, характеру клінічного перебігу, чутливості до лікування та прогнозу.

Класифікація лімфом ВООЗ В-КЛІТИННІ НЕОПЛАЗМИ

Пухлини з В-клітин-попередників.

В-лімфобластна хронічна лімфолейкемія/лімфома з клітин попередників.

Пухлини зі зрілих В-клітин.

В-клітинна хронічна лейкемія/лімфома з малих лімфоцитів.

В-клітинна пролімфоцитарна лейкемія.

Лімфоплазмоцитарна лімфома.

Лімфома з клітин маргінальної зони селезінки.

Волосатоклітинний лейкоз.

Плазмоклітинна лімфома.

Солітарна кісткова плазмоцитома.

Позакісткова плазмоцитома.

Екстранодальна лімфома з клітин маргінальної зони з мукоз-асоційованої тканини.

Нодальна лімфома з клітин маргінальної зони.

Фолікулярна лімфома.

Лімфома з клітин мантиї.
Дифузна крупноклітинна β-клітинна лімфома.
Медіастинальна (тимічна) крупноклітинна β-клітинна лімфома.
Інтравакулярна крупно клітинна β-клітинна лімфома.
Первинна лімфома у вигляді ексудату.
Лімфома Беркіта/лейкемія.
β-клітинні проліферації з неясними злоякісними властивостями.
Лімфоматоїдний гранульоматоз.
Посттрансплантаційні лімфопроліферативні розлади, поліморфні.

Т- ТА НК- КЛІТИННІ НЕОПЛАЗМИ

Пухлини з Т-клітин-попередників.
Т-лімфобластна лімфома/лейкоз з клітин-попередників.
Бластна НК-клітинна лімфома.
Пухлини зі зрілих Т- і НК-клітин.
Т-клітинний пролімфоцитарний лейкоз.
Лімфолейкоз з грануловмісних Т-клітин.
Агресивний лейкоз з НК-клітин.
Т-клітинна лімфома/лейкоз дорослих.
Екстронодальна НК-/Т-клітинна лімфома, назальний тип.
Т-клітинна лімфома ентеропатичного типу.
Підшкірна панікулоподібна Т-клітинна лімфома.
Грибовидний мікоз.
Синдром Сезарі.
Первинна шкірна анапластична великоклітинна лімфома.
Периферична Т-клітинна лімфома, не специфікована.
Ангіоімунобластна Т-клітинна лімфома.
Анапластична лімфома з великих клітин.
Т-клітинна проліферати з неясними злоякісними властивостями.

Лімфоматоїдний папульоз.

ЛІМФОМА ХОДЖКІНА

Варіант лімфоми Ходжкіна з перевагою лімфоцитів, нодулярний.

Класичні варіанти лімфоми Ходжкіна.

Варіант лімфоми Ходжкіна з нодулярним характером склерозу.

Класичний варіант лімфоми Ходжкіна багатий лімфоцитами.

Змішаноклітинний варіант лімфоми Ходжкіна.

Варіант лімфоми Ходжкіна з лімфоцитарним виснаженням.

ГІСТІОЦИТАРНІ ТА ДЕНДРИТОКЛІТИННІ НОВОУТВОРЕННЯ

Макрофагальна/гістіоцитарна неоплазія.

Гістіоцитарна саркома.

Неоплазії із дендритних клітин.

Гістіоцитоз клітин Лангерганса.

Саркома з клітин Лангерганса.

Саркома/пухлина з інтедігітальних дендритних клітин.

Саркома/пухлина з фолікулярних дендритних клітин.

Некласифікована саркома з дендритних клітин.

МАСТОЦИТОЗИ

Шкірний мастоцитоз.

Індолентний системний мастоцитоз.

Системний мастоцитоз з супутнім клональним, гематологічним нетучно-клітинним захворюванням.

Агресивний системний мастоцитоз.

Опасисто-клітинна лейкемія.

Опасисто-клітинна саркома.

Екстрашкірна мастоцитоміа.

Примітки: Таблиця змінена з метою виключення мієлопроліферативних захворювань, мієлоїдних лейкемій і мастоцитозу.

Міжнародний прогностичний індекс ІРІ для неходженських лімфом

Критерій	Кількість балів 0	Кількість балів 1
Вік	≤ 60 років	> 60 років
ЛДГ	≤ N	> N
Загальний стан за ECOG	0; 1	2; 3; 4
Стадія за Ann-Arbor	I/II	III/IV
Число нодальних зон ураження	≤ 1	> 1

Група ризику	Кількість балів
Низького	0; 1
Низького проміжного	2
Проміжного	3
Високого	4; 5

Міжнародний прогностичний індекс, модифікований для пацієнтів з неходженськими лімфомами молодше 60 років

Критерій	Кількість балів 0	Кількість балів 1
ЛДГ	≤ N	> N
Загальний стан за ECOG	0; 1	2; 3; 4
Стадія за Ann-Arbor	I/II	III/IV

Група ризику	Кількість балів
Низького	0
Низького проміжного	1
Проміжного	2
Високого	3

Міжнародний прогностичний індекс FLIPi для фолікулярних лімфом

Критерій	Кількість балів 0	Кількість балів 1
Вік	≤ 60 років	> 60 років
ЛДГ	$\leq N$	$> N$
Рівень гемоглобіну, г/л	120	< 120
Стадія за Ann-Arbor	I/II	III/IV
Число нодальних зон ураження	≤ 4	> 4

Група ризику	Кількість балів
Низького	0 - 1
Проміжного	2
Високого	3 та > 3

Міжнародний прогностичний індекс MIPi для мантийноклітинної лімфоми

Критерій	Кількість балів 0	Кількість балів 1	Кількість балів 2	Кількість балів 3
Вік	≤ 50 років	50-59 років	60-69 років	≥ 70 років
Стан	0 - 1	–	2-4	–
ЛДГ	$< 0,67$	$0,67 < 1,0$	$1,0 < 1,5$	$\geq 1,5$
Лейкоцити (109)	$< 6,7$	$6,7 < 10$	$10,0 < 15,0$	$\geq 15,0$

Група ризику	Кількість балів
Низького	0-3
Проміжного	4-5
Високого	6-11

Міжнародний прогностичний індекс ТІРІ для периферичних Т-клітинних неходжкінських

Критерій	Кількість балів 0	Кількість балів 1
Вік	≤ 60 років	> 60 років
ЛДГ	$\leq N$	$> N$
Загальний стан за ECOG	0; 1	2; 3; 4
Ураження кісткового мозку	відсутнє	наявне

Група ризику	Кількість балів
Низького	0
Низького проміжного	1
Високого проміжного	2
Високого	3; 4

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Госпіталізація

Положення протоколу

До закладів спеціалізованої допомоги пацієнт з підозрою на лімфому скеровується лікарем загальної практики – сімейним лікарем/дільничним терапевтом, районним онкологом, іншим лікарем-спеціалістом.

Обґрунтування

Запідозрений діагноз лімфоми потребує госпіталізації

пацієнта для проведення інвазивних діагностичних процедур, спеціального лікування при відсутності протипоказань.

Лімфома (хвороба) Ходжкіна (ЛГ; Hodgkin's lymphoma) – первинне пухлинне захворювання лімфатичної системи, що супроводжується, насамперед, збільшенням лімфатичних вузлів, у яких на фоні клітинного поліморфізму виявляють атипові багатоядерні клітини Рід-Штернберга та одноклітинні клітини Ходжкіна, що становлять разом лише 1-2 % маси

СИСТЕМА СТАДІЮВАННЯ ЛІМФОМ (за Ann-Arbor)

Стадія I Ураження однієї ділянки лімфатичних вузлів або органів (таких як селезінка, тимус, кільце Вальдеєра).

Стадія II Ураження двох чи більше ділянок лімфовузлів по один бік діафрагми (при цьому середостіння та лімфовузли воріт вважаються окремими локусами). Кількість локусів уражень індексується (приклад - II₂).

Стадія III Ураження регіонів лімфатичних вузлів або органів по обидва боки діафрагми:

III₁: з, чи без ураження ділянок лімфатичних вузлів у воротах селезінки, печінки, порталних чи черевних;

III₂: з, парааортальними, здухвинними та мезентеріальними лімфатичними вузлами.

Стадія IV Множинні екстранодальні локуси або комбінація збільшених лімфатичних вузлів з екстранодальним ураженням, не визначена в п. Е:

А: без системних інтоксикаційних симптомів.

В: гарячка, профузне пітіння, прогресуюча втрата ваги.

Х: *Bulky disease*: > 1/3 поперечного розміру середостіння або > 10 см в діаметрі лімфатичного ураження.

Е: ураження одинокого екстранодального локусу, ізольованого або дотичного до певного лімфатичного вузла.

Міжнародний прогностичний індекс (IPS) при лімфомі Ходжкіна	
Основні несприятливі прогностичні фактори (для I-II стадій)	Несприятливі прогностичні фактори (для III-IV стадій)
Велика пухлинна маса (розміри пухлини в середостінні > 10 см, розміри лімфатичних вузлів > 5 см (Bulky disease))	Вік старше 65 років
Наявність екстранодальних вогнищ ураження	IV стадія захворювання
Ураження лімфовузлів 3-х або більше зон	Чоловіча стать
Підвищення ШОЕ > 50 мм/год за відсутності симптомів інтоксикації, або > 30 мм/год при наявності В-симптомів	Рівень гемоглобіну < 105 г/л
	Кількість лімфоцитів < 8%
	Кількість лейкоцитів > 15×10^9 /л
Наявність інтоксикаційних В-симптомів	Рівень альбуміну сироватки < 40 г/л

Прогноз	Стадія
Сприятливий	Стадії I/II без факторів ризику
Ранні стадії, проміжний	Стадії I-II А з 1 та більше фактором ризику Стадії II В з 1 та більше фактором ризику (тільки не фактор А/В)
Несприятливий	Стадії II В з 1 та більше фактором ризику (А/В), стадії III-IV

Оцінка стану пацієнт за шкалами Каховського та ECOO			
Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOS-BOOI	оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна актив- ність	—
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	Є симптоми за- хворювання, але ближче до нор- мального стану	1
Нормальна активність з зусиллям	80		
Обслуговує себе само- стійно, не здатений до нормальної діяльності або активної роботи	70	Більше 50 % денного часу про- водить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатений самостійно задоволь- няти більшу частину своїх потреб	60		
Потребує значної до- помоги та медичного обслуговування	50	Потребує знахо- дження	3
Інвалід, потребує спе- ціальної допомоги, в т.ч. медичної	40	в ліжку більше 50% денного часу	
Тяжка інвалідність, показана госпіталі- зація, але смерть не передбачається	30	Не здатен себе об- слуговувати, при- кутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт Необ- хідне активне лікуван- ня та госпіталізація	20		
Пацієнт помирає	0		

МНОЖИННА МІЄЛОМА

Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 710

МКХ-10: С 90.0.

Множинна мієлома (ММ) – злоякісне захворювання, в основі якого лежить моноклональна проліферація клітин В-лімфоїдного паростка гемопоєзу, зокрема плазмочитів, що продукують однорідний імуноглобулін, найчастіше класу G або A. ММ характеризується проліферацією плазматичних клітин у кістковому мозку, наявністю моноклонального протеїна у сироватці і/або в сечі, а також деструктивними змінами кісток.

Класифікація

Слід розрізняти активну/симптоматичну, мляву/тілючу мієлому та моноклональну гамопатію неясного генезу, що має значення для вирішення питання про початок медикаментозної терапії.

Система стадіювання мієломної хвороби (IMWG):

- стадія I: b_2 -мікроглобулін $< 3,5$ мг/л, альбумін ≥ 35 г/л;
- стадія II: b_2 -мікроглобулін $< 3,5$ мг/л, альбумін < 35 г/л, або $3,5$ мг/л $\leq b_2$ -мікроглобулін $< 5,5$ мг/л;
- стадія III: b_2 -мікроглобулін $\geq 5,5$ мг/л.

Класифікація множинної мієломи

(Андрієва Н.Є., 2001)

I. За поширеністю:

1. Локальна (солітарна): кісткова, поза кісткова.
2. Генералізована: багато пухлинна, дифузно-вузлова, дифузна.

II. За наявності парапратеїнів у сечі: секреторна, несекреторна.

III. За цитологічними ознаками: проплазмоцитома, парплазмоцитома, ретикулоплазмоцитома.

IV. За рентгенологічними ознаками: рентгенонегативна,

дифузнопаротична, остеолітична, остеосклеротична.

V. За перебігом: із повільним прогресуванням, зі швидким прогресуванням.

VI. За ступенем: початковий, розгорнутий, термінальний.

VII. Ускладнення: анемія, тромбоцитопенія, переломи кісток, ушкодження нижніх кінцівок, хребта, мієломна нирка.

СПРАВЖНЯ ПОЛІЦИТЕМІЯ

МКХ-10: D 45.

Справжня поліцитемія (СП) належить до хвороб з неопластичною клональною проліферацією еритроїдного, мегакаріоцитарного та мієлоїдного паростків кровотворення. У більшості пацієнтів визначається JAK2-V617F мутація, відкриття якої сприяло можливості проведення диференціальної діагностики. Рідкісне захворювання, трапляється приблизно 3 випадки на 1 млн населення у людей старших 60 років, але може розвиватися в будь-якому віці. В патогенезі захворювання JAK2-V617F мутації відіграють досить важливу роль. Встановлено чіткий причинний зв'язок розвитку захворювання з радіоактивним опроміненням (описано серед опромінених в Японії), хімічними чинниками та бензином.

Діагностичні критерії СП (ВООЗ, 2008)

Великі критерії:

1. Гемоглобін > 185 Г/л для чоловіків, > 165 Г/л для жінок.
2. Наявність JAK2-V617F або подібних мутацій.

Малі критерії:

1. Трьохлінійна проліферація кісткового мозку.
2. Зміни рівня еритропоєтину в сироватці крові.
3. Збільшення числа колоній в культурі тканини.

Класифікація істинної поліцитемії (Демидова О В., 1969)

I стадія – початкова, перебігає без симптомів, характеризується помірною плеторією, незначним еритроцитозом, селезінка не збільшена.

II стадія А – відсутня мієлоїдна метаплазія селезінки, спостерігається гепато-спленомегалія. В крові – еритроцитемія, тромбоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення кількості базофілів, в кістковому мозку – тотальна гіперплазія трьох ростків гемопоєзу.

II Б – характеризується наявністю метаплазії селезінки, виражені плетора, сплено-гепатомегалія, в аналізі крові – панцитоз, зсув лейкоцитарної формули до мієлоцитів.

III стадія – термінальна (анемічна), характеризується розвитком вторинного мієлофіброзу, анемії, тромбоцитопенії, лейкопенії, в печінці та селезінці – мієлоїдна метаплазія.

ХРОНІЧНА МІЄЛОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ

Наказ МОЗ України від 12.11.2015 № 711

МКХ-10: С 92.1.

Хронічна мієлоїдна лейкемія (ХМЛ; chronic myeloid leukemia) – клональне захворювання з характерною проліферацією гранулоцитарного паростка кровотворної системи, яке в 95 % випадків характеризується наявністю специфічного цитогенетичного маркера – Філадельфійської хромосоми (Ph+). Така аномалія формується в результаті реципрокної транслокації між 9 та 22 хромосомами в одній з ділянок гену bcr-abl. Перебіг ХМЛ – трифазний. Найбільш довготривала і доброякісна при адекватному лікуванні хронічна фаза. З часом захворювання переходить

в фазу акселерації, котра може трансформуватися в фазу бластної кризи або повертатися у хронічну, так звану вторинну хронічну фазу. Вихід з хронічної фази ХМЛ свідчить про якісно новий етап в захворюванні, який важко контролюється сучасними підходами до терапії. Майже 50 % випадків переходять безпосередньо з хронічної фази до бластної кризи.

**Список критеріїв для визначення хронічної фази,
фази акселерації та бластної кризи відповідно
до рекомендацій ELN і ВООЗ**

Фази	Критерії
Хронічна фаза	Відсутність критеріїв для встановлення ФА або БК
Фаза акселерації	
Критерії ELN	– Бласти в крові або кістковому мозку 15-29% , або бласти та промієлоцити в крові, або кістковому мозку, більше ніж 30% , з бластами < 30% ; – Базофіли в крові $\geq 20\%$; – Стійка тромбоцитопенія ($< 100 \times 10^9/\text{л}$), що не є наслідком терапії; – Клональні хромосомні аномалії в Ph+ клітинах (КХА/Ph+) внаслідок основних сценаріїв еволюції при лікуванні
Критерії ВООЗ	– Бласти в крові або кістковому мозку 10-19 % ; – Базофіли в крові $\geq 20\%$; – Стійка тромбоцитопенія ($< 100 \times 10^9/\text{л}$), що не є наслідком терапії; – КХА/Ph + при лікуванні; – Тромбоцитоз ($> 1000 \times 10^9/\text{л}$), що не відповідає на лікування; – Збільшення розмірів селезінки і збільшення кількості лейкоцитів, що не відповідають на лікування

Бластна криза	
Критерії ELN	– Бласти в крові або кістковому мозку $\geq 30\%$; – Екстрамедулярне ураження, крім селезінки
Критерії BOOЗ	– Бласти в крові або кістковому мозку $\geq 20\%$; – Екстрамедулярне ураження, крім селезінки; – Великі викиди або кластери бластів у біоптатах кісткового мозку

Оцінка стану пацієнта за шкалами Карновського та ECOG			
Індекс Карновського	Активність, %	Шкала ECOG-BOOЗ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	–
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	Є симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність з зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатний до нормальної діяльності або активної роботи	70	Більше 50% денного часу проводить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатний самостійно задовольняти більшу частину своїх потреб	60		

Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує знаходження в ліжку більше 50% денного часу	3
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, в т.ч. медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не передбачається	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Пацієнт помирає	0		

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Госпіталізація

Положення протоколу

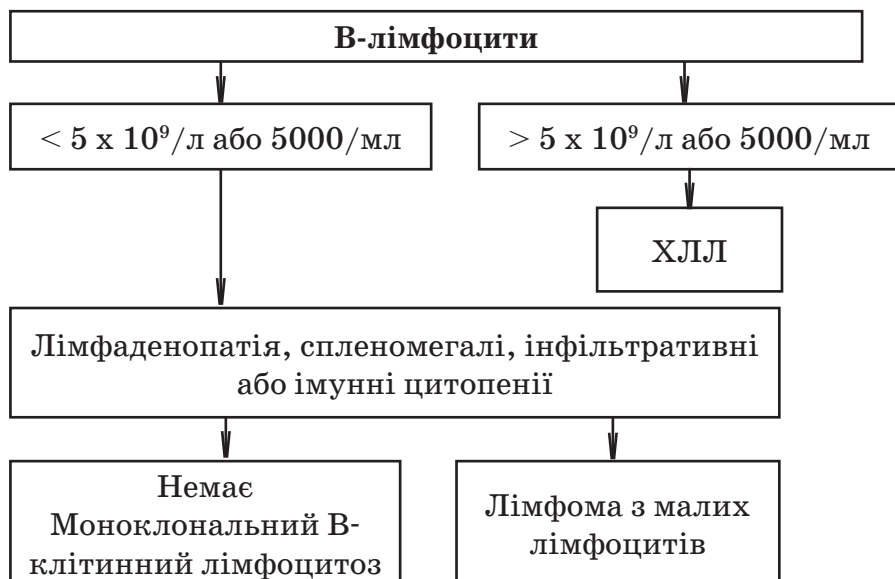
До спеціального структурного підрозділу пацієнт з підозрою на ХМЛ скеровується лікарем загальної практики – сімейним лікарем/дільничним терапевтом, гематологом, іншим лікарем-спеціалістом.

Обґрунтування

Запідозрений діагноз ХМЛ потребує проведення інвазивних діагностичних процедур, спеціального лікування при відсутності протипоказань та моніторингу відповіді на специфічну терапію.

ХРОНІЧНА ЛІМФОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ
Наказ МОЗ України від 04.11.2014 № 808

Критерії встановлення діагнозу В-ХЛЛ



МКХ-10: С 91.1.

Хронічна лімфоїдна лейкемія (ХЛЛ; Chronic lymphocytic leukemia) – індолентна лімфоїдна пухлина (Low-Grade) В-клітинного походження, при якій відбувається злоякісна проліферація малих, морфологічно зрілих В-лімфоцитів з тенденцією до їх накопичення в кістковому мозку, периферичній крові та лімфоїдних органах. ХЛЛ є лейкемічним аналогом неходжкінської лімфоми з малих лімфоцитів.

Система стадіювання ХЛЛ за Rai (Rai K.R. et al.,1975)	
Стадія	Клінічні характеристики
0	Лімфоцитоз у периферичній крові/ кістковому мозку ізольовано
I	Лімфоцитоз та лімфаденопатія
II	Лімфоцитоз та гепатомегалія та/або спленомегалія (+/- лімфаденопатія)
III	Лімфоцитоз та анемія (гемоглобін менш ніж 110 г/л) +/- лімфаденопатія, спленомегалія та/або гепатомегалія
IV	Лімфоцитоз та тромбоцитопенія (кількість тромбоцитів менш ніж 100 Г/л) +/- анемія, лімфаденопатія, спленомегалія та/або гепатомегалія

Система стадіювання ХЛЛ за Binet (Binet et al.1981)	
Стадія	Клінічні характеристики
A	Гемоглобін більш ніж 100 г/л, тромбоцити більш ніж 100 г/л, залучення до процесу менше 3 лімфатичних зон
B	Гемоглобін більш ніж 100 г/л. тромбоцити більш ніж 100 г/л. залучення до процесу більше або 3 лімфатичних зон
C	Гемоглобін менше ніж 100 г/л. або кількість тромбоцитів менш ніж 100 г/л. або поєднання цих ознак

Стадії	Клінічні характеристики	Співвідношення зі стадіями за Rai та Binet
A	Відсутність анемії та тромбоцитопенії та залучення до процесу менше 3 лімфатичних зон	A(0), A(I), A(II)
B	Відсутність анемії та тромбоцитопенії та залучення до процесу більше або 3 лімфатичних зон	B(I), B(II)
C	Анемія та/або тромбоцитопенія незалежно від кількості уражених лімфатичних зон	C(III), C(IV)

Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOG- BOOZ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	–
Здатен до нормальної діяльності, незначні симптоми або ознаки захворювання	90	є симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність з зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, нездатен до нормальної діяльності або активної роботи	70	Більше 50 % денного часу проводить. не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатен самостійно задовольняти більшу частину своїх потреб	60		

Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує знаходження в ліжку більше 50% денного часу	4
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, в т.ч. медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не передбачається	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Пацієнт помирає	0		

**Класифікація хронічних
лімфопроліферативних захворювань
(Воробйов А.І., Бриліант М.Д., 2001)**

I. За стадіями перебігу захворювання:

1. Початкова (компенсована).
2. Клінічних проявів (моноклонова).
3. Термінальна (поліклонова).

II. За особливостями клінічних симптомів виділяють варіанти:

1. Типовий.
2. З переважним ураженням лімфатичних вузлів.
3. Шкірний.
4. Пухлинний.
5. Кістковомозковий.
6. Селезінковий варіант.

III. За морфологічними ознаками:

1. Дрібноклітинний (типовий) – більше 90% малих лімфоцитів.
2. Пролімфоцитарно-лімфоцитарний – менше 90% малих лімфоцитів, більше 10% і менше 55% пролімфоцитів.

3. Змішано клітинний – менше 90% малих лімфоцитів, більше 10% великих, менше 10% про лімфоцитів.

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Госпіталізація

Положення протоколу

До спеціального структурного підрозділу пацієнт з підозрою на ХЛЛ скеровується лікарем загальної практики – сімейним лікарем/дільничним терапевтом, районним онкологом/гематологом, іншим лікарем-спеціалістом.

Обґрунтування

Запідозрений діагноз ХЛЛ потребує проведення інвазивних діагностичних процедур, спеціального лікування при відсутності протипоказань.

МІЄЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ

МКХ-10: D 46.

Мієлодиспластичний синдром (МДС) належить до захворювань клонової природи і характеризується одно-, дво- або трилінійною дисплазією клітин кісткового мозку, різною швидкістю прогресування та трансформації в гостру лейкемію.

Відповідно до ФАБ-класифікації МДС включає рефрактерну анемію (РА), рефрактерну анемію з кільцевидними сидеробластами (РАКС), рефрактерну анемію з надлишком бластів (РАНБ), рефрактерну анемію з надлишком бластів у трансформації (РАНБ-т), хронічну мієломоноцитарну лейкемію (ХММЛ).

У більшості країн впроваджується класифікація ВООЗ, що виключає підтипи РАНБ-т та ХММЛ, а також поділяє

на дві категорії – з мультилінійною дисплазією і без неї – підтипи РА та РАКС, виділяє 2 підваріанти РАНБ та окремо – 5q-синдром.

КЛАСИФІКАЦІЯ МДС за ВООЗ

ПІДТИП	КРОВ	К.М.
Рефрактерна анемія, RA	Анемія Бласти (-) або поодинокі	Еритроїдна дисплазія < 5% бластів < 15% КСБ
Рефрактерна анемія з кільцевидними сидеробластами, RARS	Анемія Бласти (-)	Еритроїдна дисплазія < 5% бластів > 15% КСБ
Рефрактерна анемія з мультилінійною дисплазією, RCMD	Цитопенія Бласти(-) або поодинокі Палички Ауера (-) <1 Г/л моноцитів	Дисплазія в > 10% клітин 2 і більше мієлоїдних гемопоетичних ліній <5% бластів Палички Ауера (-) <15% КСБ
Рефрактерна анемія з мультилінійною дисплазією і кільцевидними сидеробластами, RCMD-RS	Цитопенія Бласти (-) або поодинокі Палички Ауера (-) <1 Г/л моноцитів	Дисплазія > 10% клітин 2 і більше мієлоїдних гемопоетичних ліній <5% бластів Палички Ауера (-) >15% КСБ
Рефрактерна анемія з надлишком бластів-1, RAEB-1	Цитопенія Бласти <5% Палички Ауера (-) <1 Г/л моноцитів	Одно- або мультилінійна дисплазія 5-9% бластів Палички Ауера (-)
Рефрактерна анемія з надлишком бластів-2, RAEB-2	Цитопенія Бласти 5-19% Палички Ауера (+/-) <1 Г/л моноцитів	Одно- або мультилінійна дисплазія 10-19% бластів Палички Ауера (+/-)

Мієлодиспластичний синдром неklasифікований, MDS-U	Цитопенія Бласти (-) або поодинокі Палички Ауера (-)	Однолінійна дисплазія в гранулоцитах або мегакаріюцитах <5% бластів Палички Ауера (-)
МДС, асоційований з ізольованою 5q-	Анемія Бласти <5% Тромбоцити – норма або підвищена кількість	Нормальна або збільшена кількість МГКЦ з гіполобулярними ядрами Бласти <5% Палички Ауера (-) Ізольована 5q-

УМОВИ, В ЯКИХ ПОВИННА НАДАВАТИСЬ МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Амбулаторне лікування:

- діагностика гемобластозів на рівні лікаря загальної практики, при підозрі – консультація гематолога;
- контроль лікування призначеного гематологом після стаціонарного лікування.

Стаціонарне лікування:

гематологічне відділення:

- верифікація морфологічного виду гемобластозів;
- діагностика та лікування;

Організація надання медичної допомоги

Лікування хворих повинно проводитись у спеціалізованих гематологічних закладах – обласний (міський) гематологічний кабінет, обласне (міське) гематологічне відділення (денний стаціонар), а також у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гостра лімфоїдна лейкемія (М 4 варіант за FAB класифікацією), 1 гострий період.

2. Гостра лімфоїдна лейкемія (L 3 варіант за FAB класифікацією), повна клініко-гематологічна ремісія.

3. Гостра недиференційована лейкемія (M 0 варіант FAB класифікацією) 1 рецидив.

4. Хронічна мієлоїдна лейкемія, стадія 2, фаза акселерації.

6. Хронічна мієлоїдна лейкемія, термінальна стадія, бластна криза.

7. Хронічна лімфоїдна лейкеміяз, 2 стадія, типовий варіант, дрібноклітинний.

8. Хронічна лімфоїдна лейкемія, початкова стадія, 0 за J.Binet.

9. Мієломна хвороба, кісткова форма, несекреторна, остеолітична, із повільним прогресуванням, розгорнута стадія.

10. Справжня поліцитемія, II стадія, фаза Б, спленомегалія.

11. Справжня поліцитемія, стадія III. Анемічний синдром.

12. Справжня поліцитемія, стадія II. Вторинна артеріальна гіпертензія II ст., 2 ступінь, високого ризику.

13. Лімфогранулематоз II A стадія з ураженням шийних вузлів.

14. Лімфогранулематоз, нодулярний склероз, стадія III S.

15. Лейкемоїдна реакція за гранулоцитарним типом.

16. Лейкемоїдна реакція за еозинофільним типом.

ГЕМОРАГІЧНІ ДІАТЕЗИ

Відповідно до механізму розвитку виділяють такі групи кровоточивості:

1. Порушення в мегокаріоцитарній системі.
2. Порушення в системі прокоагулянтів крові – коагулопатії.
3. Пошкодження стінки судин – вазопатії.
4. Надлишковий фібриноліз.
5. Синдром ДВЗ.

Тромбоцитопенії

Залежно від патогенезу тромбоцитопенії поділяють:

1. Тромбоцитопенії, обумовлені порушенням продукції тромбоцитів у кістковому мозку.
2. Тромбоцитопенії, обумовлені підвищеним руйнуванням кров'яних пластинок (імунним та неімунним).
3. Тромбоцитопенії, пов'язані з порушенням розподілу пластинок.

Тромбоцитопенії, обумовлені порушенням продукції тромбоцитів:

- I. Спадкові порушення тромбоцитопоезу.
- II. Набуті порушення тромбоцитопоезу:
 - у результаті редукованого мегокаріоцитопоезу (апластична анемія, інфільтрація кісткового мозку раковими клітинами, мієломна хвороба, іонізуюча радіація, мієлосупресивні медикаменти, вірусні інфекції, пароксизмальна нічна гемоглобінурія.
 - у результаті неефективного мегакаріопоезу – дефіцит вітаміну B12, вплив алкоголю.
 - із невідомим патогенезом – циклічна тромбоцитопенія, хронічна ниркова недостатність.

ЕСЕНЦІАЛЬНА ТРОМБОЦИТЕМІЯ

Код МКХ-10: D 47.3.

Есенціальна тромбоцитемія (ЕТ) є Rh-від'ємним мієлопроліферативним захворюванням, що виникає внаслідок клональної трансформації на рівні стовбурових гемопоетичних клітин.

Захворюваність становить 2,0 на 100 тис. населення.

ХРОНІЧНА АУТОІМУННА ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНА ПУРПУРА

МКХ-10: D 69.3.

Аутоімунна тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) характеризується як гострий або хронічний геморагічний діатез з ізольованим дефіцитом тромбоцитів та мікроциркуляторним типом кровоточивості. Захворювання зумовлене посиленням і прискоренням руйнування тромбоцитів внаслідок дії аутоантитіл, спрямованих проти власних тромбоцитів. Хронічні форми аутоімунної тромбоцитопенії (тривалістю понад 6 місяців), причину аутоагресії при яких виявити не вдається, прийнято називати «ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура» (ІТП).

Організація надання медичної допомоги

Лікування хворих повинно проводитись у спеціалізованих гематологічних закладах – обласний (міський) гематологічний кабінет, обласне (міське) гематологічне відділення (денний стаціонар), а також у гематологічних відділеннях та поліклініках науково-дослідних установ.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура, середнього ступеня тяжкості. Носова кровотеча.
2. Апластична анемія нез'ясованого ґенезу, середньої важкості, симптоматична тромбоцитопенія.

ГЕМОФІЛІЯ

МКХ-10: D 66, D 67, D 68.1.

Гемофілія є спадковою хворобою, зумовленою дефіцитом або молекулярними аномаліями одного з прокоагулянтів, які беруть участь в активації внутрішнього шляху зсідання крові.

Виділяють:

- **гемофілію А** – дефіцит фактора VIII зсідання крові (87-94% хворих із загального числа хворих на гемофілію);
- **гемофілію В** – дефіцит фактора IX зсідання крові (6-13%);
- **гемофілію С** – дефіцит фактора XI зсідання крові (1-2%)

Гемофілія А і В успадковується за рецесивним, зчепленим з Х-хромосомою, типом, тому на неї хворіють тільки чоловіки. Жінки, успадковуючи Х-хромосому від батька, хворого на гемофілію та одну Х-хромосому від здорової матері, є кондукторами гемофілії.

До гемофілій умовно відносять також генетично зумовлений дефіцит фактора XI, визначаючи його як гемофілію С або хворобу Розенталя, якою хворіють і чоловіки, і жінки.

- У залежності від рівня дефіцитного фактора виділяють:
- тяжку форму захворювання – рівень фактора $< 1,0\%$;
 - форму середньої тяжкості – рівень фактора $> 5,0\%$.

Деякі автори додатково виділяють ще «приховану» форму з рівнем фактора 15-50%.

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

1. Гемофілія А, середньої важкості, ускладнена гемартрозом правого колінного суглоба.
2. Гемофілія В, легка форма, шлунково-кишкова кровотеча (дата).

Організація надання медичної допомоги

Організація надання медичної допомоги хворим на гемофілію здійснюється лікарями-гематологами.

Можливі такі види лікування пацієнтів з гемофілією:

- Домашнє лікування:
- за вимогою (при кровотечі або крововиливі),
- профілактичне.
- Амбулаторно-поліклінічне.
- Стаціонарне.

Домашнє лікування: хворі з тяжкою та помірною, зокрема, з інгібіторною формами гемофілії після навчання та інструктажу у лікаря-гематолога навчаються розпізнавати ранні ознаки кровотечі і вводять необхідну кількість концентратів факторів зсідання крові або антиінгібіторні препарати для зупинки кровотечі в домашніх умовах, яка вже розпочалася. Може проводитися як профілактичне лікування, так і терапія по факту виникнення кровотечі.

Домашнє лікування є найбільш ефективним, тому що значно скорочується проміжок часу між виникненням крововиливу і початком його лікування, що для хворого на гемофілію відіграє вирішальну роль. Домашнє лікування дозволяє скоротити як тривалість лікування так і кількість введеного антигемофільного препарату. Його проведення значно покращує якість життя хворих. В домашніх умовах після навчання пацієнт самостійно або з допомогою його батьків (опікунів) вводить антигемофільний препарат.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аллергология. Клинические рекомендации. – 2-е изд., испр. и доп. / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И.Ильиной. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
2. Василенко В.Х Введение в клинику внутренних болезней. – Москва. – Медицина. – 1985. – 252 с.
3. Горохова С.Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации / Под редакцией академика РАМН И.Н.Денисова. – Москва. – Гэотар-Медиа. – 2010. – 201 с.
4. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації. – Київ. – 2011.
5. Діагностика та лікування захворювань системи крові / Свінцицький А.С., Гусєва С.А., Скрипниченко С.В., Родіонова І.О. – Мед книга. – Київ. – 2011. – 335 с.
6. Зербіно Д.Д. Гичка С.Г. Рибка В.М. Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему // Укр. мед. часопис. – VII-VIII. – 2009. – С. 45-47.
7. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування. Асоціація кардіологів України. 2015.
8. Класифікація, стандарти діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця./рекомендації Робочої групи з порушень ритму серця АКУ. – 2016. – 135 с.
9. Клінічні рекомендації з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів 2013 року / Науковий редактор перекладу Сіренко Ю.М. – 192 с.
10. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування гострої серцевої недостатності. Асоціація кардіологів України – 2012.
11. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г., Чернюк С.В. Миокардит: современный взгляд на этиологию и патогенез заболевания / Украинський кардіологічний журнал. - №2. – 2012.- с.84-89.
12. Наказ МОЗ від 12.12.04 № 593 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія».
13. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»».

14. Наказ МОЗ України № 432 від 03.07.2006. Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Алергологія».

15. Наказ МОЗ від 12.10.06 № 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія».

16. Наказ МОЗ від 19.03.2007 № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

17. Наказ МОЗ України від 17.08.2007 № 487. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим на вегето-судинну дистонію.

18. Наказ МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Комплекси діагностичних обстежень та обсяг лікувально-профілактичних заходів диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю».

19. Наказ МОЗ від 30.07.10 № 647 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гематологія».

20. Наказ МОЗ України від 30.08.10 № 600 «Ведення диспепсії у дорослих. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах»

21. Наказ МОЗ України від 5.09.2011 № 124 Протоколи надання медичної допомоги хворим із патологією ендокринної системи.

22. Наказ МОЗ від 12.12.12 № 1118 «Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2 типу»

23. Наказ МОЗ від 27.06.13 № 555 «Хронічне обструктивне захворювання легені. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

24. Наказ МОЗ від 08.10.13 № 868 «Бронхіальна астма. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

25. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 866. Неходжинські лімфоми та лімфома Ходжкіна. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

26. Наказ МОЗ України від 31.10.13 № 943 «Гастроезофагеальна рефлексна хвороба. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

27. Наказ МОЗ від 15.01.2014 № 34 «Невідкладні стани».

28. Наказ МОЗ від 11.04.2014 № 263 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Ревматоїдний артрит»

29. Наказ МОЗ України від 02.07.2014 № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST».

30. Наказ МОЗ України 29.12. 2014 № 1021. Цукровий діабет І типу у молодих людей та дорослих Уніфікований клінічний протокол та настанова.

31. Наказ МОЗ України від 16.07.2014 № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях».

32. Наказ МОЗ України від 03.09.14 № 613 «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

33. Наказ МОЗ України від 08.09.2014 № 634 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при саркоїдозі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Саркоїдоз». «Саркоїдоз» Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.

34. Наказ МОЗ України від 10.09.14 № 638 «Хронічний панкреатит. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах»

35. Наказ МОЗ України від 04.11.2014 № 808. Хронічний лімфоїдний лейкоз. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

36. Наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Аутоімунний гепатит». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Аутоімунний гепатит».

37. Наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі

стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Неалкогольна жирова хвороба печінки».

38. Наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах».

39. Наказ МОЗ України 29 грудня 2014 № 1021. Цукровий діабет I типу у молодих людей та дорослих Уніфікований клінічний протокол та настанова.

40. Наказ МОЗ України 02.11.2015 № 709. Залізодефіцитна анемія. Протокол та адаптована клінічна настанова.

41. Наказ МОЗ України 02.11.2015 № 710 Множинна мієлома. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

42. Наказ МОЗ України 12.11.2015 № 711. Діагностика та лікування хронічного мієлоїдного лейкозу. Уніфікований клінічний протокол та клінічна настанова.

43. Наказ № 762 від 20.11.2015. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

44. Наказ МОЗ України від 11.02. 2016 № 90 Запальні хвороби кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт). Уніфікований клінічний протокол та настанова.

45. Наказ МОЗ України від 11.02. 2016 № 89 Лікування пацієнтів з хронічною хворобою нирок V стадії: профілактика, діагностика та лікування серцево-судинних захворювань.

46. Наказ МОЗ України №152 від 02.03.2016. Стабільна ішемічна хвороба серця. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

47. Наказ МОЗ України від 03.03.2016 № 164. «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST». Уніфікований клінічний протокол та настанова.

48. Наказ МОЗ України №564 від 13.06 2016. Профілактика серцево-судинних захворювань. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

49. Наказ МОЗ України № 597 від 15.06 2016. Фібриляція передсердь. Уніфікований клінічний протокол та настанова.

50. Наказ МОЗ України №614 від 21.06.2016. Легенева гіпертензія у дорослих. Уніфікований клінічний протокол та настанова.
51. Наказ МОЗ України № 723 від 15.07.2016. Муковісцидоз. Уніфікований клінічний протокол та настанова.
52. Настанова Європейської асоціації урологів 2012/2013. Інфекція сечовивідних шляхів.
53. Національний підручник з ревматології /В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, В. К. Казимирко [та ін.]; за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К.:МОРІОН, 2013. – 671 с.
54. Нефрологія: Національний підручник / Л.А. Пиріг, Д.Д. Іванов, О.І. Таран та ін.; за ред. академіка НАМН України, д.м.н., проф. Пирога Л.А., д.м.н., проф. Д. Д. Іванова. – Донецьк: Заславський О.Ю., 2014. – 316 с.
55. Основи нефрології. За ред. проф. М.О. Колесника. – Київ. – 2010. – 380 с.
56. Профілактика серцево-судинних захворювань. Рекомендації Європейського товариства кардіологів, 2012 рік.
57. Пульмонологія та фтизіатрія: національний підручник:у 2 т. / Ю.І. Феценко, І.Г. Ільницький, В.М. Мельник [та ін.]; за ред. Ю.І. Феценка, В.П. Мельника, І.Г. Ільницького. – Київ; Львів: Атлас, 2011. – 1362 с.
58. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под редакцией проф. О.Я.Бабака, проф. Н.В.Харченко. – Киев. – 2010. – С. 354.
59. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих 2012.
60. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування клапанних вад серця. – 2012.
61. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з діагностики та лікування хронічних форм ІХС, 2013.
62. Руководство по модификации образа жизни для снижения сердечно-сосудистого риска. АКК/ААС. 2013.
63. Рекомендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению легочной гипертензии (2015).
64. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з діагностики та лікування захворювань перикарда (2015).

65. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту (2015).

66. 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.

67. Рекомендації Європейського товариства кардіологів. Діагностика і лікування хронічної серцевої недостатності. – 2016.

68. Руководство Европейского общества кардиологов и Европейского общества по борьбе с атеросклерозом. Ведение пациентов с дислипидемиями. – 2016.

69. Руководство европейских экспертов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. – 2016.

70. Рекомендации Европейского общества кардиологов по лечению фибрилляции предсердий – 2016.

71. Серцево судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за редакцією проф. В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая, проф. Ю.М. Сіренка, проф. О.С. Сичова – Київ: Асоціація кардіологів України 2016 – 182 с.

72. Стемпуский Ю.Н., Морозов М.Н. Губергриц А.Я. Методология врачебного диагноза и прогноза. – Киев. – Здоров'я. – 1986 – 83 с.

73. Сучасні класифікації та принципи формулювання діагнозів у клініці внутрішніх хвороб. Навчальний посібник. / За редакцією д.м.н. проф. Абрагамовича О.О. – Львів-Київ-Івано-Франківськ. – 2005. – 321 с.

74. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – 18-те вид., доп. і перероб. – Київ: Центр ДЗК. 2015. – 680 с.

75. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Проект, 2016.

Навчальний посібник

Авторський колектив:

Кривенко В.І., Пахомова С.П., Федорова О.П.,
Колесник М.Ю., Непрядкіна І.В., Качан І.С.

**ОСНОВИ ФОРМУЛЮВАННЯ
КЛІНІЧНОГО ДІАГНОЗУ ТА
ВИЗНАЧЕННЯ УМОВ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ**

Навчальний посібник

Третє видання перероблене та доповнене

Верстка – Крехмаль А.В.

Дизайн обкладинки – Текуч В. М.

Підписано до друку 10.03.2017. Формат 60х84/16

Папір офсет. Гарн. SchooBookC, Офс. друк

Ум. друк. арк. 27. Наклад 250 прим.

Видавництво "АА Тандем"

Адреса: 69006, м. Запоріжжя,
вул В.Лобановського б.27, кв.69
т. 050-590-96-21

Свідоцтво про внесення до державного
реєстру видавців: Серія ДК № 2899

Надруковано "АА Тандем"
зам. №38