

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ  
РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

---



**К 100-летию Российского научно-медицинского общества терапевтов**

**КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СТРУКТУРИРОВАНИЕ  
КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

**Методическое пособие**

*(издание третье, переработанное и дополненное)*

**Ростов-на-Дону  
2009**

УДК 616.1/4–07(075)

ББК 54.1

Печатается по решению редакционно-издательского совета Ростовского государственного медицинского университета.

Утверждено комиссией по внедрению достижений медицинской науки в практику Ростовского государственного медицинского университета и Министерства здравоохранения Ростовской области.

Одобрено Правлением Ростовского областного научно-методического общества терапевтов.

Классификации заболеваний внутренних органов и структурирование клинического диагноза. Методическое пособие. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2009. – 115 с.

Методическое пособие содержит основные требования к структурированию и оформлению клинического диагноза заболеваний внутренних органов с учетом современных национальных и международных рекомендаций и МКБ 10-го пересмотра. Пособие предназначено для врачей терапевтического профиля, интернов, студентов старших курсов медицинских вузов.

**Авторский коллектив:** к.м.н. Артеменко Н.А., д.м.н. Багмет А.Д., к.м.н. Бабиева А.М., д.м.н., проф. Батюшин М.М., асс. Гайдар Е.Н., асс. Гасанов М.З. (ответственный редактор), к.м.н. Гридасова Р.А., асс. Золотарева Н.В., к.м.н. Кобзарь О.Н., к.м.н. Кошенская И.Н., доцент Кудинов В.И., доцент Маринчук А.Т., асс. Романова Т.З., к.м.н. Румбешт В.В., к.м.н. Харьков А.С., к.м.н. Хайло Н.В., к.м.н. Хрипун А.В., д.м.н., проф. Чесникова А.И., асс. Шамрай В.С.

**Научный редактор:** Терентьев В.П. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №1 Рост ГМУ, заслуженный врач РФ, проректор по лечебной работе РостГМУ, вице-президент Российского научно-медицинского общества терапевтов.

**Рецензенты:** Воробьев Б.И., заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №2 РостГМУ.  
Ткачев А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней РостГМУ.

© Ростовский государственный  
медицинский университет, 2009  
© Министерство здравоохранения  
Ростовской области, 2009

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<b>АГ</b>	– артериальная гипертензия
<b>АД</b>	– артериальное давление
<b>АКС</b>	– ассоциированные клинические состояния
<b>БИК</b>	– болезнь Иценко-Кушинга
<b>ВДКН</b>	– врожденная дисфункция коры надпочечников
<b>ВПС</b>	– врожденный порок сердца
<b>ГБ</b>	– гипертоническая болезнь
<b>ГД</b>	– гемодиализ
<b>ГКС</b>	– глюкокортикостероиды
<b>ГЛЖ</b>	– гипертрофия левого желудочка
<b>ДЛП</b>	– дислипидемия
<b>ДН</b>	– дыхательная недостаточность
<b>ИБС</b>	– ишемическая болезнь сердца
<b>ИМ</b>	– инфаркт миокарда
<b>ИМП</b>	– инфекции мочевых путей
<b>ИМТ</b>	– индекс массы тела
<b>ЛП</b>	– левое предсердие
<b>МАС</b>	– приступы Морганьи-Адамса-Стокса
<b>МКБ</b>	– международная классификация болезней
<b>НК</b>	– недостаточность кровообращения
<b>НР</b>	– хеликобактер пилори
<b>НТГ</b>	– нарушение толерантности к глюкозе
<b>НФА</b>	– низкая физическая активность
<b>НЦД</b>	– нейроциркуляторная дистония
<b>ОПН</b>	– острая почечная недостаточность
<b>ОРЛ</b>	– острая ревматическая лихорадка
<b>ОХС</b>	– общий холестерин
<b>ПД</b>	– перитонеальный диализ
<b>ПОМ</b>	– поражение органов мишеней
<b>РА</b>	– ревматоидный артрит
<b>РВСС</b>	– риск внезапной сердечной смерти
<b>СД</b>	– сахарный диабет
<b>СЗСТ</b>	– смешанное заболевание соединительной ткани
<b>СКВ</b>	– системная красная волчанка
<b>СН</b>	– сердечная недостаточность
<b>ССЗ</b>	– сердечно-сосудистые заболевания
<b>ТИН</b>	– тубулоинтерстициальный нефрит
<b>ТТГ</b>	– тиреотропный гормон
<b>ФК</b>	– функциональный класс
<b>ФР</b>	– фактор риска
<b>ХГ</b>	– хронический гепатит
<b>ХОБЛ</b>	– хроническая обструктивная болезнь легких
<b>ХПН</b>	– хроническая почечная недостаточность
<b>ХСН</b>	– хроническая сердечная недостаточность
<b>ЭхоКГ</b>	– эхокардиография
<b>DAS</b>	- <b>Disease Activity Score</b>
<b>С-РБ</b>	– С- реактивный белок
<b>CLC</b>	– синдром Клерка – Леви – Кристеско
<b>WPW</b>	– синдром Вольфа – Паркинсона- Уайта

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТРУКТУРИРОВАНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

Актуальная потребность в издании учебного пособия по формулировке и структурированию клинического диагноза во многом продиктована существующей несогласованностью позиций в этом вопросе клиницистов разных специальностей и определяется необходимостью унификации диагностических понятий и единых подходов к формулировке диагноза.

Корректно сформулированный диагноз в значительной мере характеризует уровень клинического мышления врача и степень его профессиональной подготовки. Кроме того, диагноз-это один из существенных критериев стандартизации в здравоохранении, на которой базируется управление качеством медицинских услуг.

Клинический диагноз - является обязательной составной частью медицинской документации. Диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным.
- структурно оформленным в виде унифицированных рубрик.
- нозологическим, соответствовать требованиям международных классификаций (МКБ-10) и номенклатуры болезней ( с учетом особенностей отечественных рекомендаций).
- развернутым, патогенетическим.
- своевременным (согласно нормативным требованиям клинический диагноз должен быть выставлен не позднее, чем через трое суток от момента поступления больного в стационар).

В настоящее время, в соответствии со стандартом, утвержденным Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (2006) диагноз должен быть оформлен в виде следующих унифицированных рубрик:

1. Основное заболевание (комбинированное основное заболевание.) – это одна или несколько нозологических единиц, по поводу которых проводилось исследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью.

Основным заболеванием является то, которое явилось причиной:

- обращения к врачу;
- госпитализации и проведения лечебно-диагностических мероприятий;
- при неблагоприятном исходе приведшей к инвалидизации или смерти больного.

Следует по возможности избегать формулировки диагноза с указанием более двух нозологических форм в этой рубрике и ограничиваться моно- или бикаузальными вариантами из-за особенностей статистической обработки медицинской документации и с целью соблюдения причинно-следственных принципов построения диагноза. В рубриках диагноза «основное комбинированное заболевание» и «сопутствующее заболевание» на первом месте всегда должна стоять нозологическая форма, имеющая код в МКБ-10. Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые понятия и подмена основного заболевания его осложнением или одним из проявлений.

2. Осложнение основного заболевания – нозологические единицы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности. В клинических и патологоанатомических диагнозах следует представлять развернутую характеристику тяжести той или иной органной недостаточности (в соответствии с принятыми классификациями).

Среди всей группы осложнений основного заболевания в патолого-анатомическом диагнозе выделяют одно важнейшее - непосредственную причину смерти.

3. Сопутствующие заболевания - одна или несколько нозологических единиц, которые непосредственно не связаны с основным заболеванием, но при этом по поводу которых могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие

заболевания могут иметь осложнения, но последние не могут являться непосредственной причиной смерти.

4. Фоновое заболевание- нозологическая форма (заболевание, реже - синдром), которая патогенетически связана с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, в последствии отягощало течение болезни и способствовало возникновению фатальных осложнений. Фоновое заболевание необходимо указать сразу после той нозологической единицы, для которой оно было фоновым, а не после перечисления конкурирующих или сочетанных заболеваний.

Правильное оформление и структурирование клинического диагноза не только важны для обеспечения должного качества лечебного процесса, но и для решения конфликтных ситуаций административного и правового характера. К точности формулировки диагноза в настоящее время предъявляются высокие требования в свете особенностей современного лечебного процесса, который носит как правило коллегиальный характер и требует привлечения разных специалистов; в этих условиях правильный диагноз обеспечивает преемственность этапов лечения.

Настоящее учебное пособие представляет собой дополненное третье издание, которое по мнению авторов окажет практическую помощь клиницистам, специалистам экспертных групп страховых медицинских компаний, студентам медицинских вузов.

# I. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

## 1.1 БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

### *I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия*

### *I11 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца.*

I 11.0 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью.

I 11.9 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности.

### *I12 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек*

I 12.0 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью

I 12.9 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности

### *I13 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек*

I 13.0 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с застойной сердечной недостаточностью

I 13.1 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с почечной недостаточностью

I 13.2 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью

I 13.9 Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная

### *I15 Симптоматические (вторичные) гипертензии*

I 15.0 Реноваскулярная гипертензия

I 15.1 Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек

I 15.2 Гипертензия вторичная по отношению к эндокринным нарушениям

I 15.8 Другая вторичная гипертензия

I 15.9 Вторичная гипертензия неуточненная

### Компоненты клинического диагноза

#### 1. Уровень артериального давления (АД)

Таблица 1

#### Классификация уровня АД (ВНОК, 2008)

Категория	Систолическое АД, мм рт. ст.	Диастолическое АД, мм рт. ст.
<i>Нормальное АД</i>		
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	<130	<85
Высокое нормальное АД	130—139	85—89
<i>Артериальная гипертензия (АГ)</i>		
Степень I	140—159	90—99
Степень II	160—179	100—109
Степень III	≥180	≥110
Изолированная систолическая артериальная гипертензия	≥140	<90

*Примечание:* если систолическое и диастолическое АД находятся в разных категориях, присваивается более высокая категория. Наиболее точно степень АГ может быть

установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

## 2. Стадия гипертонической болезни (ГБ).

Для определения стадии необходимо провести оценку известного спектра факторов риска (ФР) и поражения органов-мишеней (ПОМ), а также наличия ассоциированных (сопутствующих) клинических состояний (АКС) у конкретного пациента.

Таблица 2

### Критерии стратификации риска (ВНОК, 2008)

Факторы риска ССЗ	Поражение органов-мишеней (ПОМ)	Ассоциированные клинические состояния (АКС)
<p><b>ФР</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- величина пульсового АД</li> <li>- мужчины &gt;55 лет</li> <li>- женщины &gt; 65 лет</li> <li>- курение</li> <li>- дислипидемия: ОХС &gt;5,0 ммоль/л, ХС ЛПН &gt;3 ммоль/л, ХС ЛВП &lt;1♂ (1,2♀) ммоль/л или ТГ &gt;1,7 ммоль/л</li> <li>- глюкоза плазма натощак 5,6-6,9 ммоль/л</li> <li>- НТГ</li> <li>- Семейный анамнез ранних ССЗ (♀ &lt;65 лет, ♂ &lt;55 лет)</li> <li>- АО (ОТ ♂ ≥102 см, ♀ ≥88 см)</li> </ul>	<p><b>ГЛЖ</b></p> <p>ЭКГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- признак Соколова-Лайона &gt;38 мм; Корнельское произведение &gt; 2440 мм х мс</li> <li>- ЭхоКГ: ИММ ЛЖ ♂ ≥125 г/м<sup>2</sup> и ♀ ≥110 г/м<sup>2</sup></li> </ul> <p><b>Сосуды</b></p> <p>УЗ признаки утолщения стенки (ТИМ &gt;0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов.</p> <p>Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии &gt;12 м/с</p> <p>Лодыжечно/плечевой индекс &lt; 0,9</p> <p><b>Почки</b></p> <p>Небольшое повышение сывороточного креатинина ♂ - 115-133 мкмоль/л, ♀ - 107-124 мкмоль/л</p> <p>Низкая СКФ &lt; 60 мл/мин или низкий клиренс креатинина &lt; 60 мл/мин</p> <p>МАУ 30-300 мг/сут</p> <p>отношение альбумин/креатинин в моче ≥22 мг/г ♂, 31 мг/г ♀</p>	<p><b>Цереброваскулярные заболевания:</b></p> <p>Ишемический инсульт, Геморрагический инсульт, Транзиторная ишемическая атака</p> <p><b>Заболевания сердца:</b></p> <p>Инфаркт миокарда, Стенокардия, Коронарная реваскуляризация, Застойная сердечная недостаточность</p> <p><b>Заболевания почек:</b></p> <p>Диабетическая нефропатия, Почечная недостаточность: сывороточный креатинин ♂ - 133 мкмоль/л, ♀ - 124 мкмоль/л</p> <p><b>Заболевания периферических сосудов</b></p> <p>Расслаивающаяся аневризма аорты, Симптомное поражение периферических артерий</p> <p><b>Гипертоническая ретинопатия:</b></p> <p>Геморрагии или экссудаты, Отек зрительного нерва</p>
<p><b>Сахарный диабет</b></p> <p>Глюкоза крови натощак &gt;7 ммоль/л</p> <p>Глюкоза крови после еды или через 2 часа после приема 75 г глюкозы &gt;11 ммоль/л</p> <p><b>Метаболический синдром</b></p> <p>Основной критерий - АО (ОТ)</p> <p>♂ - &gt;94 см, ♀ - &gt;80 см</p>		

Дополнительные критерии АД  $\geq 140/90$  мм рт ст  
 ХС ЛПН  $>3$  ммоль/л,  
 ХС ЛВП  $<1$  ♂ (1,2 ♀) ммоль/л  
 или ТГ  $>1,7$  ммоль/л  
 Гипергликемия натощак  $\geq 1,6$  ммоль/л, НТГ- глюкоза плазмы через 2 ч после еды (7,8-11,1 ммоль/л)  
 Сочетание основного и 2 из дополнительных указывает на МС

ГБ I стадии предполагает отсутствие ПОМ. ГБ II стадия – присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней. ГБ III стадия устанавливается в случае наличия АКС. При наличии АКС в структуре диагноза, протекающих в острой форме, например, как инфаркт миокарда, ГБ может занимать не первую позицию.

### 3. Степень сердечно-сосудистого риска.

В зависимости от степени повышения АД, наличия ФР, ПОМ и АКС все больные могут быть отнесены к одной из четырех степеней риска.

Таблица 3

#### Стратификация риска у больных АГ (ВНОК, 2008)

Факторы риска, ПОМ или АКС	Высокое нормальное АД (130-139/85-89) мм рт.ст.	АГ 1 степени 140-159/ 90-99 мм рт.ст.	АГ 2-й степени 160-179/100-109 мм рт.ст.	АГ 3-й степени $>180/110$ мм рт.ст.
Нет	Незначимый риск	Низкий доп риск	Средний доп риск	Высокий доп риск
1-2 фактора риска	Низкий доп** риск	Средний доп риск	Средний доп риск	Очень высокий доп риск
$>3$ ФР ,ПОМ, МС или СД	Высокий доп** риск	Высокий доп риск	Высокий доп риск	Очень высокий доп риск
АКС	Очень высокий доп риск	Очень высокий доп риск	Очень высокий доп риск	Очень высокий доп риск

Таблица 4

#### Пациенты с высоким и очень высоким риском

САД  $>180$  мм рт ст и /или ДАД  $>110$  мм рт ст  
 САД  $>160$  мм рт ст при низком ДАД (  $<7$  мм рт ст )  
 СД  
 МС  
 $>3$  факторов риска  
 ПОМ: ГЛЖ, УЗ признаки утолщения стенки сонной артерии, увеличение жесткости стенки артерий, умеренное повышение сывороточного креатинина, уменьшение СКФ , МАУ или протеинурия.  
 АКС

### Примеры формулировки диагноза

1. Гипертоническая болезнь I стадии. Степень АГ 1. СД тип 2. Риск 4 (очень высокий).
2. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 3. ДЛП. ГЛЖ. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 4 (очень высокий).
3. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий).
4. ИБС. Мелкоочаговый инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка. ХСН IIА стадии, ФК I1. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий).

## 1.2 СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия** – это повышение артериального давления, этиологически связанное с определенными, как правило, клинически хорошо очерченными заболеваниями органов и систем, участвующих в регуляции АД. Код МКБ-10 указывается в зависимости от наличия основного заболевания.

### Классификация вторичных артериальных гипертензий

- 1 АГ, связанная с патологией почек:
  - ренопаренхиматозная (хронический гломерулонефрит, поликистоз, тубулоинтерстициальный нефрит, диабетическая нефропатия, хронический пиелонефрит, опухоль, травма, туберкулез)
  - реноваскулярная (атеросклероз почечных артерий, фибромышечная дисплазия почечных артерий, тромбозы почечных артерий и вен, аневризма почечных артерий, почечные артериовенозные фистулы, неспецифический аорто-артериит)
    - ренопривная
    - ренинпродуцирующие опухоли
    - моногенные формы с первичной задержкой натрия (синдром Лидла, синдром Гордона).
- 2 АГ эндокринного генеза:
  - акромегалия
  - гипотиреоз, гипертиреоз
  - гиперпаратиреоз
  - синдром (болезнь) Иценко – Кушинга
  - первичный гиперальдостеронизм
  - феохромоцитома
- 3 Гемодинамические АГ:
  - коарктация аорты
  - аортиты
  - гипоплазия аорты
  - недостаточность аортального клапана
  - открытый артериальный проток и артериовенозные фистулы
- 4 АГ, связанная с неврологическими заболеваниями:
  - повышенное внутричерепное давление (опухоль головного мозга, энцефалит, респираторный ацидоз)
  - ночное апноэ
  - тетраплегия
  - интоксикация свинцом
  - синдром Гийена-Барре
- 5 Артериальная гипертензия беременных

6 Лекарственная АГ: глюкокортикоиды, симпатомиметики, эстрогены, ингибиторы моноаминоксидазы, нестероидные противовоспалительные препараты, циклоспорин, тиамин.

При оформлении диагноза симптоматической артериальной гипертензии следует вначале указать заболевание, приведшее к развитию АГ, а далее ее степень и группу риска согласно классификации АГ (ВНОК, 2004).

### Примеры формулировки диагноза:

1. Болезнь Иценко-Кушинга (микроаденома), торпидное течение, тяжелая форма. Симптоматический сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести. Диспластическое ожирение II ст. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий).
2. Эозинофильная аденома гипофиза. Акромегалия. Сахарный диабет 2 типа. Симптоматическая артериальная гипертензия III стадии. Степень АГ 1. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).
3. Фибромускулярная дисплазия почечных артерий. Симптоматическая артериальная гипертензия III стадии. Степень АГ 3. ГЛЖ. Выраженная гипертоническая ретинопатия с кровоизлияниями в сетчатку. Риск 4 (очень высокий).

### 1.3 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)

#### ***I20 Стенокардия [грудная жаба]***

I20.0 Нестабильная стенокардия

I20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом

I20.8 Другие формы стенокардии

I20.9 Стенокардия неуточненная

#### ***I21 Острый инфаркт миокарда***

#### ***I22 Повторный инфаркт миокарда***

#### ***I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда***

#### ***I24 Другие формы острой ишемической болезни сердца***

#### ***I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца***

I25.0 Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная

I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца

I25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда

I25.3 Аневризма сердца

I25.4 Аневризма коронарной артерии

I25.5 Ишемическая кардиомиопатия

I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда

I25.8 Другие формы хронической ишемической болезни сердца

I25.9 Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная

#### ***I50 Сердечная недостаточность***

I50.0 Застойная сердечная недостаточность

I50.1 Левожелудочковая сердечная недостаточность

I50.9 Сердечная недостаточность неуточненная

## Классификация ИБС

1. Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца) - в течение 1 часа от появления острых симптомов, пациент может страдать заболеванием сердца, однако время и характер смерти являются неожиданными.
2. Стенокардия.
  - 2.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV).
  - 2.2. Нестабильная стенокардия (острый коронарный синдром):
    - 2.2.1. Впервые возникшая стенокардия (с анамнезом не более месяца).\*
    - 2.2.2. Прогрессирующая стенокардия.
    - 2.2.3. Ранняя постинфарктная (в течение 1 месяца) или послеоперационная стенокардия (1-6 месяцев).
  - 2.3. Спонтанная (вазоспастическая, вариантная, Принцметала) стенокардия.\*\*
3. Безболевого ишемия миокарда.\*\*
4. Микроваскулярная стенокардия (“синдром Х”).
5. Инфаркт миокарда.
  - 5.1. Инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q (крупноочаговый, трансмуральный).
  - 5.2. Инфаркт миокарда без зубца Q (мелкоочаговый).
6. Постинфарктный кардиосклероз.
7. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).
8. Нарушения сердечного ритма и проводимости (с указанием формы).
9. Новые ишемические синдромы («оглушение» миокарда, «гибернация» миокарда, ишемическое прекондиционирование миокарда).

*Примечание:*

\* иногда впервые возникшая стенокардия с самого начала имеет стабильное течение;

\*\* некоторые случаи безболевого ишемии миокарда, а также тяжелые приступы спонтанной стенокардии могут быть отнесены к нестабильной стенокардии.

### 1.3.1 Стенокардия

#### Компоненты клинического диагноза

1. Форма стенокардии (согласно классификации – стабильная, нестабильная, спонтанная, микроваскулярная).
2. Наличие нарушений сердечного ритма (рассматриваются ниже в соответствующем разделе).
3. Степень тяжести стабильной стенокардии напряжения (выражается в функциональных классах).

Таблица 5

#### Классификация стабильной стенокардии (Канадская ассоциация кардиологов)

Функциональный класс	Условия возникновения стенокардии
I ФК	Выполнение очень интенсивной, очень быстрой или продолжительной физической нагрузки
II ФК	Значительная физическая нагрузка: быстрая ходьба, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или под влиянием стресса, ходьба по ровному месту более 200 м (двух кварталов), подъем более чем на 1 этаж
III ФК	Незначительная физическая нагрузка: ходьба по ровному месту в пределах 100-200 метров (одного - двух кварталов), подъем на 1 этаж

IVФК	Малейшая физическая нагрузка (ходьба до 100 м) Характерны приступы стенокардии в покое, обусловленные повышением потребности миокарда в кислороде*
------	--

*Примечание:* редкие приступы стенокардии в покое не являются признаками стенокардии ФК IV.

4. Наличие хронической сердечной недостаточности (таблица 6). Степень выраженности ХСН указывают согласно классификации Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) ( таблица 7)

Таблица 6

**Критерии, используемые при определении диагноза ХСН (2008)**

I Симптомы	II Клинические признаки	III Объективные признаки дисфункции сердца
Одышка Быстрая утомляемость Сердцебиение Кашель Ортопноэ	Застой в легких Периферические отеки Тахикардия Набухшие яремные вены Гепатомегалия Ритм галопа Кардиомегалия	ЭКГ, рентгенография грудной клетки Систолическая дисфункция (снижение сократимости) Диастолическая дисфункция Гиперактивность МНУП

\*- в сомнительных случаях- эффективность лечения

Таблица 7

**Классификация ХСН (ОССН, 2008)**

Стадии ХСН (не меняются на фоне лечения)		Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения)	
I ст	Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ.	I ФК	Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она сопровождается одышкой и/или замедленным восстановлением.
IIА ст	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.	II ФК	Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
IIБ ст	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.	III ФК	Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
III ст	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые	IV ФК	Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в

(необратимые) структурные изменения органов мишеней. Финальная стадия ремоделирования органов.	покое и усиливаются при минимальной физической активности
--	---

### Примеры формулировки диагноза:

1. ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Нарушения ритма сердца: частая желудочковая экстрасистолия. ХСН I стадии, ФК II.
2. ИБС. Стенокардия напряжения и покоя ФК IV. Постинфарктный кардиосклероз (1999, 2001). ХСН IIa стадии, ФК III.
3. ИБС. Впервые возникшая стенокардия напряжения. ХСН I стадии, ФК I.

### 1.3.2 Инфаркт миокарда

#### **I21 Острый инфаркт миокарда**

I21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда

I21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда

I21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций

I21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации

I21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда

I21.9 Острый инфаркт миокарда неуточненный

#### **I22 Повторный инфаркт миокарда**

I22.0 Повторный инфаркт передней стенки миокарда

I22.1 Повторный инфаркт нижней стенки миокарда

I22.8 Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации

I22.9 Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации

#### **I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда**

I23.0 Гемоперикард как ближайшее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.1 Дефект межпредсердной перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.2 Дефект межжелудочковой перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.3 Разрыв сердечной стенки без гемоперикарда как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.4 Разрыв сухожильной хорды как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.5 Разрыв сосочковой мышцы как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.6 Тромбоз предсердия, ушка предсердия и желудочка сердца как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.8 Другие текущие осложнения острого инфаркта миокарда

#### **I24 Другие формы острой ишемической болезни сердца**

I24.0 Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда

I24.1 Синдром Дресслера

I24.8 Другие формы острой ишемической болезни сердца

I24.9 Острая ишемическая болезнь сердца неуточненная

### Компоненты клинического диагноза

1. Глубина и обширность некроза (по данным ЭКГ):
  - Крупноочаговый трансмуральный (с патологическим зубцом QS)
  - Крупноочаговый нетрансмуральный (с патологическим зубцом Q)
  - Мелкоочаговый «не Q» инфаркт миокарда (без патологического зубца Q): субэндокардиальный, интрамуральный.
2. Периоды (стадия) ИМ (2007):
  - Развивающийся ИМ от 0-6 ч

- ОИМ от 6 ч до 7 суток
- Заживающий (рубцующийся) ИМ от 7 -28 суток
- Заживший ИМ- начиная с 29 суток.

### 3. Локализация ИМ

Таблица 8

**Варианты локализации инфаркта миокарда**

Отведения с патологическим зубцом Q	Локализация ИМ	Окклюзированная коронарная артерия
V3-V4, I	Передний	Передняя нисходящая артерия
V1-V4, I	Переднеперегородочный	Передняя нисходящая артерия
V1-V2, I	Перегородочный	Передняя нисходящая артерия
V4	Верхушечный	Передняя нисходящая артерия
V5,V6, I,aVL	Боковой	Огибающая или диагональная ветвь передней нисходящей артерии
V3-V6, I,aVL	Переднебоковой	Огибающая или диагональная ветвь передней нисходящей артерии
II, III, aVF	Нижний	Правая коронарная или огибающая артерия
II, III, aVF+ высокие RвV1,V2	Задний	Правая коронарная или огибающая артерия
II, III, aVF, V4-V6	Нижнебоковой	Огибающая артерия
II, III, aVF, V3,V4	Переднезадний	Правая коронарная или огибающая артерия
ST>1мм в V3R, V4R	Правый желудочек	Правая коронарная артерия

### 4. Варианты течения:

- Классический (типичный) вариант ИМпСТ
- Атипичные формы ИМпСТ:
  - Астматический вариант
  - Абдоминальный
  - Аритмический
  - Цереброваскулярный
  - Малосимптомная ( безболевая ) форма

### **Осложнения ИМ**

#### 1.Острая СН

##### 1.1 Шок

1.2 Застой крови в малом круге кровообращения. Отек легких.

#### 2.Разрывы сердца

##### 2.1.Разрыв МЖП

##### 2.2.Инфарк или разрыв сосочковой мышцы

##### 2.3Внешний разрыв сердца

#### 3 Острая аневризма ЛЖ

#### 4 Артериальная ТЭ

#### 5 ТЭЛА

#### 6 Перикардит

7 Повторная ишемия миокарда. Ранняя постинфарктная стенокардия. Повторный ИМ.

#### 8 Нарушение ритма и проводимости

##### 8.1 Наджелудочковые аритмии

##### 8.2 Желудочковые аритмии

##### 8.2.1 ЖЭ

- 8.2.2 ЖТ
- 8.2.3 Ускоренный идиовентрикулярный ритм
- 8.2.4 Фебриляция желудочков
- 8.3 Брадиаритмии
- 8.3.1 Синусовая брадикардия
- 8.3.2 Нарушение предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости
- 8.3.3 Асистолия желудочков
- 9 ИМ ПЖ

Ориентировочно степень острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда оценивают по классификации Т. Killip:

I – признаков сердечной недостаточности нет;

II – умеренная сердечная недостаточность (влажные хрипы не более чем над 50% легких);

III – отек легких;

IV – шок (систолическое давление снижено < 90 мм рт.ст, признаки гипоперфузии периферических участков тела, включая снижение температуры и повышенную влажность кожи, уменьшение мочеотделения и спутанное сознание).

### **Примеры формулировки диагноза**

1. ИБС. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области с вовлечением боковой стенки левого желудочка (11.01.2009). Острая сердечная недостаточность IV степени: отек легких (11.01.2009), кардиогенный шок I степени (11.01.2009). Нарушения ритма сердца: желудочковая экстрасистолия. ХСН IIА стадии, ФК II.

2. ИБС. Острый мелкоочаговый (субэндокардиальный) инфаркт миокарда левого желудочка (1.01.2009). Нарушения ритма сердца: пароксизмальная фибрилляция предсердий тахисистолическая форма. ХСН I стадии, ФК II.

3. ИБС. Повторный крупноочаговый (трансмуральный) переднеперегородочный инфаркт миокарда (15.01.2009), рубцующийся. Постинфарктный кардиосклероз (25.01.2009). Нарушения ритма сердца: предсердная и желудочковая экстрасистолия. ХСН IIА стадии, ФК III.

4. ИБС. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой области левого желудочка (7.01.2009). Постинфарктный кардиосклероз передней стенки левого желудочка (1.01.2008). Перикардит. ХСН IIБ, ФК III.

## **1.4 ПЕРИКАРДИТЫ**

### ***I30 Острый перикардит***

I30.0 Острый неспецифический идиопатический перикардит

I30.1 Инфекционный перикардит

I30.8 Другие формы острого перикардита

I30.9 Острый перикардит неуточненный

### ***I31 Другие болезни перикарда***

I31.0 Хронический адгезивный перикардит

I31.1 Хронический констриктивный перикардит

I31.2 Гемоперикард, не классифицированный в других рубриках

I31.3 Перикардиальный выпот (невоспалительный)

I31.8 Другие уточненные болезни перикарда

I31.9 Болезни перикарда неуточненные

### ***I32 Перикардит при болезнях, классифицированных в других рубриках***

I32.0 Перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках

I32.1 Перикардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

I32.8 Перикардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках

## ЭТИОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИКАРДА

- Перикардиты неизвестной этиологии (идиопатические).
- Инфекция:
  - вирусная: вирус Коксаки В, ЕСНО-вирус; реже — аденовирусы, вирусы гриппа А и В, энтеровирусы, вирус эпидемического паротита, herpes zoster, вирус Эпштейна–Барр, ВИЧ, вирусы простого герпеса типа 1, кори, парагриппа типа 2, респираторно-синцитиальный вирус, цитомегаловирус, вирус гепатита В;
  - бактериальная: Streptococcus pneumoniae и другие стрептококки, стафилококки; грамотрицательные бактерии (Proteus, Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae); более редкие возбудители — Legionella, Nocardia, Actinobacillus, Brucella, Rickettsia, Borrelia burgdorferi (болезнь Лайма), Mycoplasma;
  - микобактерии туберкулёза;
  - грибковая: Histoplasma, Blastomyces, Coccidioidomycosis, Aspergillus, Candida;
  - простейшие и черви: Entamoeba, Echinococcus, Toxoplasma.
- Иммунное воспаление:
  - диффузные заболевания соединительной ткани — ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, смешанное заболевание соединительной ткани;
  - ревматическая лихорадка;
  - системные васкулиты: узелковый полиартериит, гигантоклеточный артериит, гранулёматоз Вегенера, синдром Такаясу;
  - другие воспалительные заболевания — синдром Шегрена, синдром Рейтера, анкилозирующий спондилоартроз, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, полимиозит, синдром Бехчета, болезнь Уиппла, семейная средиземноморская лихорадка;
  - саркоидоз.
- Метаболические заболевания:
  - почечная недостаточность (стадия уремии);
  - гипотиреоз.
- Сердечно-сосудистые заболевания:
- ИМ:
  - ранний эпистенокардитический перикардит;
  - поздний аутоиммунный перикардит (синдром Дресслера);
  - расслоение аорты (гемоперикард).
- Опухолевые заболевания:
  - метастазы в перикард: рак лёгких, рак молочной железы, лимфомы, меланома, лейкозы и другие злокачественные опухоли (кроме первичной опухоли мозга);
  - первичные опухоли перикарда и сердца: мезотелиома, ангиосаркома, лимфома, липома.
- Смешанные причины, включая ятрогенные факторы:
  - вакцинация против оспы;
  - ионизирующее излучение;
  - постперикардиотомный синдром (аутоиммунный процесс, после хирургических и инструментальных вмешательств на сердце с повреждением эпикарда и перикарда);
  - тупая или проникающая травма сердца;
  - разрыв или перфорация пищевода, панкреатит.
- Лекарственные средства:
  - лекарственная красная волчанка (прокаинамид, гидралазин, метилдопа, месалазин, резерпин, изониазид);
  - гиперчувствительные реакции (пенициллины, хромоглициевая кислота);

- идиосинкразия или гиперчувствительность (миноксидил, практолол, бромокриптин, цитарабин, фенилбутазон, амиодарон, стрептокиназа, тиазиды, стрептомицин, циклофосфамид, циклоспорин, месалазин);
- прямое кардиотоксическое действие (доксорубин);
- сывороточная болезнь (противостолбнячная антисыворотка, продукты крови);
- реакции на инородные вещества: прямая аппликация к перикарду (тальк, силикон, тетрациклин, другие склерозирующие препараты), асбестоз;
- вторичное перикардиальное кровотечение, гемоперикард (антикоагулянты, тромболитики);
- лихорадка полимерного дыма — вдыхание дыма горения политетрафлюороэтилена (тефлона).

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы:
2. Варианты течения: острый, подострый, хронический.
3. Клинико-морфологические характеристики:
  - А. Острый перикардит (менее 6 недель)
    - сухой (фибринозный),
    - выпотной (экссудативный) с тампонадой или без тампонады сердца.
  - Б. Подострый перикардит (от 6 нед. до 6 мес.)
    - слипчивый (адгезивный),
    - выпотной (в том числе сдавливающий).
  - В. Хронический перикардит (более 6 месяцев)
    - рубцовый слипчивый,
    - рубцовый сдавливающий (констриктивный),
    - “панцирное сердце” (обызвествление перикарда),
    - выпотной (в том числе сдавливающий).
4. Стадия сердечной недостаточности.

*Примечание:* учитывая короткий анамнез и остроту процесса, сердечная недостаточность обозначается в диагнозе как недостаточность кровообращения (НК) с указанием стадии, при выписке может указываться ФК.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острый вирусный экссудативный перикардит. НК I стадии.
2. ИБС. Острый крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной и верхушечной области с вовлечением боковой стенки левого желудочка (11.01.2009). Эпистенокардитический перикардит. ХСН I стадии, ФК I.
3. ИБС. Стенокардия напряжения ФКIII. Стенозирующий атеросклероз ПМЖВ, ВТК. Состояние после АКШ ПМЖВ, ВТК. Острый послеоперационный экссудативный перикардит. ХСН I стадии, ФК II.
4. Хронический констриктивный туберкулезный перикардит. Нарушения ритма сердца: постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Правосторонний гидроторакс. ХСН IIБ стадии, ФКIII.

## **1.5 ЭНДОКАРДИТЫ**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Инфекционный эндокардит — внутрисосудистая микробная инфекция, локализующаяся на эндокарде сердечно-сосудистых структур, преимущественно клапанов сердца, либо внутрисердечных инородных материалах, располагающихся на пути тока крови.

## КОД ПО МКБ-10

I 33.0. Острый и подострый инфекционный эндокардит.

### Классификация

- *По течению:*

подострый (около 90% всех случаев) — порок сердца развивается обычно в течение 1 мес, длительность заболевания от 1,5 до 4 мес;

острый — деструкция клапана может развиваться за 7–10 дней, заболевание вызывается обычно высоковирулентной флорой.

—При раннем назначении антибактериальной терапии различия в течении острого и подострого инфекционного эндокардита зачастую размыты, поэтому эксперты Европейского общества кардиологов (2004) не рекомендуют дифференцировать острые и подострые формы в диагнозе инфекционного эндокардита.

- *По предшествующему состоянию поражённых структур сердца:*

инфекционный эндокардит на естественных клапанах: первичный (на интактных клапанах) и вторичный (на ранее повреждённых клапанах сердца);

инфекционный эндокардит протеза клапанов, который делят на ранний (до 1 года после операции) и поздний.

- *Особые формы инфекционного эндокардита:* инфекционный эндокардит наркоманов; нозокомиальный инфекционный эндокардит (возникший позднее 72 ч после госпитализации или непосредственно связанный с инвазивными процедурами в стационаре, перенесёнными в течение предшествовавших 6 мес); инфекционный эндокардит у стариков; инфекционный эндокардит при хроническом гемодиализе.

В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2004), при постановке диагноза инфекционного эндокардита, кроме того, следует учитывать несколько параметров.

- *Наличие или отсутствие инфекционного эндокардита в прошлом.*

Инфекционный эндокардит впервые возникший.

Повторный инфекционный эндокардит или рецидив (новый эпизод инфекционного эндокардита после излечения инфекции при предшествующем эпизоде инфекционного эндокардита).

- *Активность процесса.*

Активный инфекционный эндокардит характеризуется лихорадкой в сочетании с выявлением микроорганизмов в крови или материале, полученном во время операции.

Перенесённый (излеченный) инфекционный эндокардит.

- *Диагностический статус.*

Достоверный инфекционный эндокардит (в соответствии с модифицированными диагностическими критериями инфекционного эндокардита Duke, 2000).

Вероятный инфекционный эндокардит (имеются серьёзные клинические основания подозревать инфекционный эндокардит, но поражение эндокарда ещё не доказано или потенциальный диагноз инфекционного эндокардита рассматривается при дифференциальной диагностике у лихорадящего больного).

- *Локализация инфекционного эндокардита.*

Инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана.

Инфекционный эндокардит с поражением аортального клапана.

Инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана.

Инфекционный эндокардит с поражением клапана лёгочной артерии.

Пристеночный инфекционный эндокардит.

- *Микробиологическая характеристика инфекционного эндокардита.*

Вид возбудителя (стрептококковый инфекционный эндокардит, стафилококковый инфекционный эндокардит и т.д.).

Инфекционный эндокардит с негативной гемокультурой.  
 Серологически негативный инфекционный эндокардит.  
 ПЦР-негативный инфекционный эндокардит.  
 Гистологически негативный инфекционный эндокардит.

Если все методики не выявляют возбудителя, ставится диагноз «микробиологически негативный инфекционный эндокардит».

В диагнозе также могут быть указаны внесердечные проявления инфекционного эндокардита - гломерулонефрит, артрит, васкулит и другие.

Таблица 9

**Клинические ситуации, позволяющие заподозрить инфекционный эндокардит**

<p>Основные ситуации, позволяющие заподозрить инфекционный эндокардит</p>	<p>Необъяснимая лихорадка более 1 нед + шум регургитации (особенно вновь появившийся)          Необъяснимая лихорадка более 1 нед + впервые развившиеся симптомы сердечной недостаточности          Необъяснимая лихорадка более 1 нед + типичные проявления на коже (узелки Ослера, пятна Жаневье) и конъюнктиве (пятна Лукина)          Необъяснимая лихорадка + положительная гемокультура (с характерным для инфекционного эндокардита возбудителем)          Необъяснимая лихорадка более 1 нед у больных, относящихся к группе риска инфекционного эндокардита (пороки сердца, протезы клапанов или других внутрисердечных структур, инъекционные наркоманы)          Необъяснимая лихорадка более 1 нед, связанная с недавно выполненными процедурами, способными вызвать бактериемию (интервал между процедурой и появлением лихорадки составляет менее 2 нед)          Сепсис неясного происхождения</p>
<p>Особые ситуации, вызывающие подозрение на инфекционный эндокардит</p>	<p>Тромбоэмболии из неустановленного источника          Необъяснимые инсульты или субарахноидальное кровоизлияние у молодых          Множественные абсцессы лёгких у наркоманов          Периферические абсцессы неясной этиологии (абсцессы почек, селезёнки, тел позвонков, эндофтальмит)          Необъяснимая лихорадка более 1 нед + впервые развившиеся нарушения атриовентрикулярной и желудочковой проводимости          Протез клапана + новая дисфункция протеза</p>
<p>Ситуации, требующие рассмотрения инфекционного эндокардита при дифференциальной диагностике</p>	<p>Острый или быстро прогрессирующий гломерулонефрит          Необъяснимая лихорадка более 1 нед + боль в нижней части спины          Гематурия + боль в спине, подозрение на инфаркт почки          Геморрагический васкулит</p>

## Диагностические критерии инфекционного эндокардита

Общепризнаны диагностические критерии инфекционного эндокардита, разработанные Службой эндокардита Университета Duke (в модификации J.Li, одобренные Американской кардиологической ассоциацией в 2005 г.). Больные с подозрением на инфекционный эндокардит должны быть клинически обследованы с использованием этих критериев, как первичной диагностической схемы.

•*Патоморфологические признаки:*

- микроорганизмы, выявленные при бактериологическом или гистологическом исследовании вегетаций, эмболов или образцов из внутрисердечных абсцессов;
- патологические изменения: вегетации или внутрисердечные абсцессы, подтверждённые гистологическим исследованием, выявившим активный эндокардит.

•*Клинические критерии:*

•большие:

–положительная гемокультура:

-возбудители, типичные для инфекционного эндокардита, выделенные из двух отдельно взятых проб крови: зеленышце стрептококки, *Strep-tococcus bovis*, микроорганизмы НАСЕК-группы, *Staphylococcus aureus* или внебольничные энтерококки при отсутствии первичного очага;

-возбудители, согласующиеся с инфекционным эндокардитом, выделенные из гемокультуры при соблюдении следующих условий: как минимум два положительных результата исследования проб крови, взятых с интервалом не менее 12 ч, или три положительных результата из трёх, или большинство положительных результатов из четырёх и более проб крови (интервал между взятием первой и последней пробы должен составлять как минимум 1 ч);

-однократное выявление *Coxiella burnetii* или титра IgG к этому микроорганизму >1:800;

–доказательства поражения эндокарда по данным трансторакальной ЭхоКГ (или чреспищеводной ЭхоКГ при наличии протезированных клапанов у пациентов с возможным инфекционным эндокардитом по клиническим критериям или при выявлении осложнений в виде околоклапанного абсцесса):

-свежие вегетации на клапане или поддерживающих его структурах или имплантированном материале;

-абсцесс;

-новая дисфункция клапанного протеза;

-вновь сформированная клапанная регургитация (нарастание или изменение ранее имевшегося сердечного шума не учитывается);

•малые:

–предрасположенность: предрасполагающие сердечные состояния или частые внутривенные инъекции (в том числе наркомания и токсикомания);

–температура тела 38 °C и выше;

–сосудистые феномены: эмболии крупных артерий, септические инфаркты лёгкого, микотические аневризмы, внутримозговые кровоизлияния, геморрагии на переходной складке конъюнктивы и повреждения Жаневье;

–иммунологические феномены: гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота и ревматоидный фактор;

–микробиологические данные: положительная гемокультура, которая не соответствует большому критерию (исключая однократные позитивные культуры коагулазоотрицательных стафилококков, обычно эпидермального стафилококка и микроорганизмов, не являющихся причиной инфекционного эндокардита), или серологическое подтверждение активной инфекции, обусловленной потенциальным возбудителем инфекционного эндокардита (*Coxiella burnetii*, бруцеллы, хламидии, легионеллы).

Достоверный инфекционный эндокардит диагностируют при наличии одного патоморфологического критерия или при сочетании клинических критериев — двух больших, или одного большого и трёх малых, или пяти малых критериев.

Вероятный инфекционный эндокардит диагностируют при наличии одного большого и одного малого или трёх малых критериев.

Инфекционный эндокардит исключают при наличии одного из следующих критериев:

- несомненный альтернативный диагноз, объясняющий симптомы болезни;
- исчезновение симптомов инфекционного эндокардита на фоне лечения антибиотиками менее чем за 4 дня;
- отсутствие патологических подтверждений инфекционного эндокардита при операции или аутопсии после терапии антибиотиками менее 4 дней;
- недостаточное количество критериев вероятного инфекционного эндокардита, перечисленных выше.

Диагноз вероятного инфекционного эндокардита часто ставится по клинике или факторам риска ещё до того, как будут готовы результаты посева крови. Выявление вегетаций или нарастающей клапанной недостаточности при ЭхоКГ часто завершает диагностику достоверного инфекционного эндокардита. Больные с «инфекционным эндокардитом, исключённым по недостаточному количеству критериев» нуждаются в дальнейшем наблюдении, так как многие признаки могут проявиться позднее.

### Примеры формулировки диагноза

1. Инфекционный эндокардит подострый первичный, вызванный *Staphylococcus aureus*, с поражением аортального клапана, недостаточность аортального клапана (аортальная регургитация 3) ХСН IIА, ФК II, острый гломерулонефрит.
2. Первичный острый стафилококковый (*Staph. Aureus*) эндокардит, активность III степени, недостаточность аортального клапана II степени. Острый инфекционный миокардит. Тромбоэмболия почечной артерии. II степень риска. ХСН IIА стадии, ФК II.
3. Вторичный бактериальный (*неизвестной этиологии*) эндокардит, подострое течение, активность I степени. Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки. Нарушения ритма сердца: постоянная фибрилляция предсердий, нормосистолическая форма. I степень риска. ХСН IIА стадии, ФК III.
4. Первичный стрептококковый (*Str. Viridans*) эндокардит, острое течение, недостаточность митрального клапана III степени, активность III степени. Тромбоэмболия селезенки, некротический васкулит, септический шок. III степень риска. ХСН IIБ стадии, ФК II.

## 1.6 ПОРОКИ СЕРДЦА

### ПРИБРЕТЁННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

#### МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

#### СИНОНИМЫ

Стеноз АВ-отверстия.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Митральный стеноз — сужение левого АВ-отверстия, препятствующее нормальному току крови из ЛП в ЛЖ.

#### КОД ПО МКБ-10

I 05.0. Митральный стеноз.

I 05.2. Митральный стеноз с недостаточностью.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ

Митральный стеноз классифицируют по степени тяжести

## Классификация по степени тяжести

Степень стеноза	Площадь митрального отверстия, см <sup>2</sup>	Трансмитральный градиент, мм рт.ст.	Систолическое давление в лёгочной артерии, мм рт.ст.
Лёгкий	>1,5	<5	<30
Умеренный	1,0–1,5	5–10	30–50
Тяжёлый	<1,0	>10	>50

## ЭТИОЛОГИЯ

Выделяют несколько причин митрального стеноза.

- **Острая ревматическая лихорадка.** Митральный стеноз практически всегда формируется вследствие острой ревматической лихорадки. Изолированный, «чистый» митральный стеноз регистрируют в 40% случаев среди всех пациентов с ревматической болезнью сердца; в остальных случаях он сочетается с недостаточностью клапана и поражением других клапанов.
- **Системные заболевания соединительной ткани** (ревматоидный артрит, системная красная волчанка). Они намного реже приводят к формированию митрального стеноза.
- **Кальцификация митрального кольца.**

## Дифференциальный диагноз пороков сердца по данным физикального обследования

Порок	Шум	I тон	II тон	Другие признаки	Диагностические пробы
Аортальный стеноз	Средне- или позднесистолический; при тяжёлом стенозе может быть тихим или отсутствовать	Не изменён	Парадоксальное расщепление	Пульс на сонных артериях замедлен и ослаблен; могут быть III и IV тон	После выполнения пробы Вальсальвы шум становится тише
Митральный стеноз	Диастолический, с пресистолическим усилением	Громкий, «хлопающий»	Не изменён	Щелчок открытия митрального клапана	Шум усиливается после кратковременной физической нагрузки
Аортальная недостаточность	Дующий, диастолический	Ослаблен	Не изменён	Высокое пульсовое АД, систолическая АГ	Шум усиливается при приседаниях
Митральная недостаточность	Голосисто-лихический	Ослаблен	Не изменён или расщеплён	Может быть III тон; пульс на сонных артериях не изменён	Шум усиливается после пробы Вальсальвы
Пролапс митрального клапана	Средне- или позднесистолический	Не изменён	Не изменён	Среднесистолический щелчок	Шум усиливается в положении стоя

## ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза левого АВ-отверстия III степени. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. Лёгочная гипертензия умеренной степени. ХСН IIБ, ФК III.

Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок. Протезирование митрального клапана (Мединж-23) (10.09.2005 г.). ХСН IIА, ФК II.

## МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ

### СИНОНИМЫ

Недостаточность митрального клапана.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Митральная регургитация — поражение аппарата митрального клапана (створок, сухожильных хорд, папиллярных мышц), при котором возникает обратный ток крови из ЛЖ в ЛП во время систолы.

### КОД ПО МКБ-10

I 05.1. Ревматическая недостаточность митрального клапана.

I 34.0. Митральная (клапанная) недостаточность.

I 34.8. Другие неревматические поражения митрального клапана.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Митральную регургитацию классифицируют по течению, в зависимости от этиологии и по степени тяжести.

#### Классификация митральной регургитации по течению

- Острая
- Хроническая

#### Классификация митральной регургитации по этиологии

- Неишемическая
- Ишемическая

### Классификация митральной регургитации по степени тяжести

Таблица 12

#### Допплер-эхокардиографическая оценка тяжести митральной регургитации

Признаки	Степень тяжести		
	лёгкая	умеренная	тяжёлая
Специфичные признаки тяжести (по данным цветного доплеровского картирования)	Небольшая, центрально расположенная струя с тонким устьем (<4 см <sup>2</sup> ) Ширина струи регургитации в месте её формирования ( <i>vena contracta</i> ) <0,3 см Минимальная конвергенция потока или её отсутствие	Присутствуют признаки лёгкой митральной регургитации, при отсутствии признаков тяжёлой митральной регургитации	Ширина струи регургитации в месте её формирования ( <i>vena contracta</i> ) ≥0,7 см и широкая центральная струя регургитации (>40% площади ЛП) или струя регургитации любого размера, циркулирующая вдоль стенок ЛП Выраженная конвергенция потока Обратное движение крови в лёгочных венах в систолу «Молотящая» створка митрального клапана или разрыв папиллярной мышцы
Количественные признаки			

Объём регургитации (мл на 1 сердечное сокращение)	<30	30–59	≥60
Фракция регургитации, %	<30	30–49	≥50
Эффективная площадь регургитационного отверстия, см <sup>2</sup>	<0,20	0,20–0,39	≥0,40

## ЭТИОЛОГИЯ

**Причины развития хронической митральной недостаточности:** воспалительные, дегенеративные, инфекционные, структурные, врождённые.

- **Воспалительные:** ревматическая болезнь сердца, системная красная волчанка, системная склеродермия.
- **Дегенеративные:** миксоматозная дегенерация, синдромы Марфана, Элерса–Данло–Русакова, кальциноз митрального кольца.
- **Инфекционные:** инфекционный эндокардит.
- **Структурные:** разрыв сухожильных хорд, надрыв или дисфункция папиллярных мышц, дилатация митрального кольца, ГКМП, недостаточность протеза митрального клапана.
- **Врождённые:** расщепление, фенестрация митральных створок, парашютовидная деформация митрального клапана.

В настоящее время ведущие причины митральной регургитации — миксоматозная дегенерация и кальциноз створок клапана, а также ИБС. На долю ревматической болезни сердца приходится около 14% среди всех причин изолированной митральной недостаточности.

### Пример формулировки диагноза

Недостаточность митрального клапана умеренной степени тяжести (перенесённый инфекционный эндокардит от 1990 г.). ХСН 0, ФК I.

Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности. ХСН IIА, ФК II.

### СОЧЕТАННЫЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК

В МКБ-10 в рубрике I 08 предполагают использовать термин «сочетанный» при поражении нескольких клапанов и «комбинированный» — при сочетании стеноза и недостаточности одного клапана. В Российских клиниках пока используют терминологию академика А.И. Нестерова и других выдающихся отечественных клиницистов, согласно которой сочетание двух видов порока (стеноза и недостаточности) одного клапана сердца обозначают термином «сочетанный порок».

## ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

### СИНОНИМЫ

Синдром Барлоу.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Пролапс митрального клапана — прогиб, смещение створок клапана в полость ЛП во время систолы.

### КОД ПО МКБ-10

I 34.1. Пролапс (пролабирование) митрального клапана.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют классификацию пролапса митрального клапана по степени тяжести и выраженности митральной регургитации.

**Классификация по степени тяжести** (по данным ЭхоКГ):

- **Пролапс степени I:** прогиб створки на 3–5 мм.
- **Пролапс степени II:** прогиб створки на 6–9 мм.
- **Пролапс степени III:** прогиб створки более, чем на 9 мм.

Классификация сопутствующей митральной регургитации по степени тяжести представлена в соответствующем разделе.

### Пример формулировки диагноза

Пролапс митрального клапана II степени, митральная регургитация степени I (лёгкая). Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. ХСН I, ФК II.

## АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

### СИНОНИМЫ

Стеноз устья аорты.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аортальный стеноз — сужение устья аорты, препятствующее нормальному току крови из ЛЖ в аорту.

### КОД ПО МКБ-10

- I 06.0. Ревматический аортальный стеноз.
- I 06.2. Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью.
- I 35.0. Аортальный (клапанный) стеноз.
- I 35.2. Аортальный стеноз с недостаточностью.

Таблица 13

### Классификация аортального стеноза по степени тяжести

Степень стеноза	Скорость потока через клапан аорты, м/с	Средний градиент давления между ЛЖ и аортой, мм рт.ст.	Площадь аортального клапана, см <sup>2</sup>
Лёгкий	<3,0	<25	>1,5
Умеренный	3,0–4,0	25–40	1,0–1,5
Тяжёлый	>4,0	>40	<1,5

Дополнительный признак тяжёлого аортального стеноза — индекс площади аортального клапана  $<0,6 \text{ см}^2/\text{м}^2$  (отношение площади аортального клапана к площади поверхности тела).

## ЭТИОЛОГИЯ

**Причины аортального стеноза.** Выделяют частые и редкие причины.

### •Частые причины:

дегенеративный кальциноз врождённого двустворчатого или нормального трёхстворчатого клапана (около 82% случаев);

хроническая ревматическая болезнь сердца (11%).

•**Редкие причины:** хроническая почечная недостаточность, карциноидный синдром, сахарный диабет, болезнь Педжета, системная красная волчанка, охроноз.

Иногда, особенно у пожилых больных без указаний на острую ревматическую лихорадку в анамнезе и при наличии выраженного кальциноза, установить точную причину аортального стеноза не удаётся.

### Пример формулировки диагноза

Кальцинированный стеноз устья аорты III степени. Синкопальные состояния. ХСН 0, ФК III.  
Кальцинированный стеноз устья аорты II степени. ИБС: стенокардия напряжения ФК III.  
ХСН IА, ФК III.

### АОРТАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ

#### СИНОНИМЫ

Недостаточность аортального клапана.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аортальная регургитация — заболевание, характеризующееся ретроградным током крови из аорты в ЛЖ через патологически изменённый аортальный клапан.

#### КОД ПО МКБ-10

I 06.1. Ревматическая недостаточность аортального клапана.

I 35.1. Аортальная (клапанная) недостаточность.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют классификацию аортальной регургитации по течению и по степени тяжести.

#### Классификация аортальной регургитации по течению

- Острая аортальная регургитация.
- Хроническая аортальная регургитация.

Классификация аортальной регургитации по степени тяжести представлена в табл. 14

Таблица 14

#### Допплерэхокардиографическая оценка тяжести аортальной регургитации

Признаки	Степень тяжести		
	лёгкая	умеренная	тяжёлая
Специфичные признаки тяжести (по данным цветного доплеровского картирования)	Центрально расположенная струя, ширина <25% площади выносящего тракта ЛЖ Ширина струи регургитации в месте её формирования ( <i>vena contracta</i> ) <0,3 см Кратковременный обратный кровоток в нисходящей аорте в диастолу, или его отсутствие	Присутствуют признаки лёгкой аортальной регургитации при отсутствии признаков тяжёлой аортальной регургитации	Центрально расположенная струя, ширина $\geq$ 65% площади выносящего тракта ЛЖ Ширина струи регургитации в месте её формирования ( <i>vena contracta</i> ) >0,6 см
Количественные признаки			
Объём регургитации, мл на 1 сердечное сокращение	<30	30–59	$\geq$ 60
Фракция регургитации, %	<30	30–49	$\geq$ 50
Эффективная площадь регургитационного отверстия, см <sup>2</sup>	<0,10	0,1–0,219	$\geq$ 0,30

## **ЭТИОЛОГИЯ**

Аортальная регургитация может быть следствием поражения створок клапана или корня аорты.

### **Причины аортальной регургитации**

- **Поражения створок клапана:** инфекционный эндокардит, острая ревматическая лихорадка, миксоматозная дегенерация.
- **Поражение корня аорты:** дилатация корня аорты при АГ, синдроме Марфана, системных заболеваниях соединительной ткани, сифилисе, анкилозирующем спондилоартрите. Описана патология аортального клапана, возникающая при приёме лекарств, подавляющих аппетит (анорексанты).

### **Пример формулировки диагноза**

Недостаточность аортального клапана II степени (перенесённый инфекционный эндокардит от 2006 г.). ХСН 0, ФК I.

## **СТЕНОЗ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Стеноз трикуспидального клапана — следствие перенесённой острой ревматической лихорадки, он практически во всех случаях сочетается с митральным или аортальным пороком.

## **ТРИКУСПИДАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ (НЕДОСТАТОЧНОСТЬ)**

Трикуспидальную регургитацию небольшой степени выраженности часто регистрируют у здоровых людей при проведении ЭхоКГ. Патологическая трикуспидальная регургитация, как правило, вторична по отношению к повышению давления в ПЖ, чаще всего вызванного лёгочной гипертензией.

## **1.7 МИОКАРДИТ**

### **МИОКАРДИТЫ**

#### **СИНОНИМЫ**

Неревматические миокардиты.

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Миокардит — очаговое или диффузное воспаление сердечной мышцы в результате различных инфекций, воздействия токсинов, лекарственных препаратов или иммунологических реакций, приводящих к повреждению кардиомиоцитов и развитию сердечной дисфункции.

#### **КОД ПО МКБ-10**

I40 Острый миокардит.

I40.0 Инфекционный миокардит (септический миокардит; при необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код — B95–B97).

I40.1 Изолированный миокардит.

I40.8 Другие виды острого миокардита.

I40.9 Острый миокардит неуточнённый.

I41 Миокардит при болезнях, классифицируемых в других рубриках.

I41.0 Миокардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (дифтерийный (A36.8), гонококковый (A54.8), менингококковый (A39.5), сифилитический (A52.0), туберкулёзный (A18.8)).

I41.1 Миокардит при вирусных болезнях, классифицируемых в других рубриках (гриппозный миокардит (острый): вирус идентифицирован (J10.8), вирус не идентифицирован (J11.8), паротитный миокардит (B28.8)).

I41.2 Миокардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (болезнь Шагаса (хронический) (B57.2), острая форма болезни Шагаса (B57.0), при токсоплазмозе (B58.8)).

I41.8 Миокардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках (ревматоидный миокардит (M05.3), саркоидный миокардит (D86.8)).

### Классификация

По патогенетическому (этиологическому) варианту.

• *Инфекционные и инфекционно-токсические.*

Вирусные: аденовирусы, вирусы Коксаки В, гриппа, инфекционного гепатита, ВИЧ-1, парагриппа, ЕСНО, кори, инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусы и др.

Бактериальные: дифтерийная бацилла, микобактерии, микоплазмы, стрептококки, менингококки, стафилококки, гонококки, легионеллы, клостридии и др.

Грибковые: аспергиллёз, актиномикоз, кандидоз, кокцидомикоз, криптококкоз, гистоплазмоз.

Вызываемые риккетсиями: сыпной тиф, ку-лихорадка и др.

Вызываемые спирохетами: лептоспироз, сифилис, боррелиоз (болезнь Лайма).

Протозойные: трипаносомоз (болезнь Шагаса), токсоплазмоз, амёбиаз.

Паразитарные: шистосомоз, синдром «блуждающей личинки» (вызванный личинкой гельминта), эхинококкоз.

• *Аллергические (иммунологические).*

Воздействие лекарственных препаратов (сульфонамиды, цефалоспорины, дигоксин, добутамин, трициклические антидепрессанты и др.), сывороточная болезнь.

Системные заболевания соединительной ткани.

Трансплантация органов и тканей.

• *Токсические.*

Наркотики (особенно кокаин).

Уремические состояния.

Тиреотоксикоз.

Алкоголь и др.

• *Другие.*

Гигантоклеточный миокардит.

Болезнь Кавасаки.

Лучевая терапия.

### Классификация миокардитов по течению.

• **Острый миокардит.** Характеризуется острым началом, повышением температуры тела, выраженными клиническими проявлениями, повышением уровня кардиоспецифических маркёров повреждения, а также изменениями в лабораторных данных, свидетельствующими о протекающем воспалительном процессе. Для вирусного миокардита характерна виремия. Гистологически определяют некроз кардиомиоцитов.

• **Подострый миокардит.** Характеризуется менее яркой клинической картиной, умеренными отклонениями лабораторных данных. Происходит возрастание титра специфических антител в сыворотке крови. Происходит активация Т- и В-лимфоцитов. Гистологически — инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками.

• **Хронический миокардит.** Характеризуется длительным течением с периодами обострения и ремиссии. Определяют высокий титр противокардиальных антител, а также нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Гистологическая картина — фиброз и воспалительная инфильтрация. В исходе развивается поствоспалительная ДКМП.

Классификация по распространённости воспалительного процесса.

• **Очаговый миокардит.** Очаг повреждения кардиомиоцитов и воспалительной клеточной инфильтрации локализован (преимущественно) в одной из стенок ЛЖ. В зависимости от

расположения очага и его размера могут возникать различные клинические проявления: нарушения ритма и проводимости, изменения сегмента *ST* на ЭКГ в нескольких отведениях. Могут появляться участки гипокинезии, акинезии и дискинезии, выявляемые при ЭхоКГ.

•**Диффузный миокардит.** В патологический процесс вовлечен весь миокард ЛЖ, что приводит к существенному нарушению его сократимости, уменьшению фракции выброса, сердечного индекса, увеличению конечного диастолического давления и конечного диастолического объёма и, как следствие, к развитию сердечной недостаточности.

Классификация по степени тяжести основана на двух определяющих критериях: изменении размеров сердца и степени выраженности сердечной недостаточности.

•**Лёгкая форма.** Изменения размеров и сократительной способности сердца не происходит. Данная форма миокардита протекает с формированием субъективных симптомов, появляющихся вскоре (через 2–3 нед) после перенесённой инфекции (общая слабость; незначительная одышка, возникающая при выполнении физических нагрузок; различные болевые ощущения в области сердца; учащённое сердцебиение и перебои).

•**Среднетяжёлая форма.** Протекает с кардиомегалией, но без признаков сердечной недостаточности в состоянии покоя. Эта форма включает диффузные миокардиты и миоперикардиты, заканчивающиеся чаще полным выздоровлением с нормализацией размеров сердца. В остром периоде для данной формы миокардита характерны более выраженные объективные и субъективные проявления.

•**Тяжёлая форма.** Характеризуется кардиомегалией и выраженными признаками сердечной недостаточности (острой или хронической). В редких случаях тяжёлая форма миокардита может проявляться кардиогенным шоком или серьёзными нарушениями ритма и проводимости с синдромом Морганьи–Адамса–Стокса.

#### ЭТИОЛОГИЯ

См. раздел «Классификация».

Таблица 15

#### Далласские морфологические критерии миокардита (США, 1986)

Диагноз миокардита	Гистологические признаки
Достоверный	Воспалительная инфильтрация миокарда с некрозом и/или дегенерацией прилегающих кардиомиоцитов, нехарактерными для изменений при ИБС
Сомнительный (вероятный)	Воспалительные инфильтраты достаточно редки, либо кардиомиоциты инфильтрированы лейкоцитами. Нет участков некроза кардиомиоцитов. Миокардит не может быть диагностирован по причине отсутствия воспаления
Не подтверждён	Нормальная гистологическая картина миокарда или в наличии патологические изменения ткани невоспалительного характера

Следует помнить, что гистологическое исследование может подтвердить диагноз миокардита, но никогда не позволяет исключить его.

*Перспективным методом диагностики может стать выделение генетического вирусного материала из миокарда с помощью методики рекомбинантной ДНК, с помощью ПЦР и гибридизации in situ.*

В 1973 г. NYHA были разработаны диагностические критерии неревматического миокардита. В соответствии со степенью диагностической значимости критерии были подразделены на две группы: «большие» и «малые».

### Клинические диагностические критерии миокардита

- Наличие предшествующей инфекции, подтверждённой данными клинических и лабораторных исследований (непосредственное выделение возбудителя, увеличение СОЭ, возрастание числа лейкоцитов в крови, фибриногенемия, появление С-реактивного белка и другие признаки воспалительного синдрома), или другого основного заболевания (например, аллергическая реакция, токсические воздействия).

- Наличие признаков поражения миокарда.

«Большие» критерии:

–повышение активности кардиоспецифических энзимов и изоэнзимов в сыворотке крови больного (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ЛДГ<sub>1</sub>) и содержания тропонинов;

–патологические изменения ЭКГ (нарушения сердечного ритма и проводимости);

–кардиомегалия (по рентгенологическим данным);

–сердечная недостаточность или кардиогенный шок;

–синдром Морганьи–Адамса–Стокса.

«Малые» критерии:

–протодиастолический ритм галопа;

–ослабленный I тон;

–тахикардия.

Пользуясь данными критериями, можно сказать, что для постановки диагноза лёгкой формы миокардита достаточно сочетания признаков перенесённой инфекции (или другого воздействия на организм) и первых двух «больших» критериев или одного из них с двумя «малыми». Если у больного помимо первых двух «больших» критериев есть ещё хотя бы один из последующих «больших» критериев, то это позволяет поставить диагноз умеренной и тяжёлой формы миокардита.

### Пример формулировки диагноза

Принципы формулировки диагноза миокардита представлены в табл. 16

Таблица 16

#### Структура диагноза миокардита

Критерии	Миокардит
Течение миокардита	Острый; подострый; хронический
Распространённость воспалительного процесса	Очаговый; диффузный
Этиологический фактор	Вирусный; бактериальный; грибковый; паразитарный; аллергический; токсический; неуточнённый
Степень тяжести	Лёгкая форма; умеренная форма; тяжёлая форма

### Примеры формулировки диагноза

1. Острый постгриппозный инфекционно-аллергический миокардит, легкая форма. ХСН I стадии.
2. Инфекционно-аллергический тонзиллогенный миокардит, среднетяжелая форма, подострое течение. Нарушения ритма сердца: политопная желудочковая экстрасистолия. ХСН IIА стадии, ФК II.
3. Острый диффузный поствакцинальный миокардит, тяжелая форма. Острая сердечная недостаточность III степени: отек легких (11.01.09). ХСН IIБ стадии, ФК III.
4. Инфекционно-аллергический эозинофильный диффузный миокардит, тяжелая форма, подострое течение. ХСН IIА стадии, ФК III.

## 1.8 КАРДИОМИОПАТИИ

### **I42 Кардиомиопатия**

I42.0 Дилатационная кардиомиопатия

I42.1 Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

I42.2 Другая гипертрофическая кардиомиопатия

I42.3 Эндомиокардиальная (эозинофильная) болезнь

I42.4 Эндокардиальный фиброэластоз

I42.5 Другая рестриктивная кардиомиопатия

I42.6 Алкогольная кардиомиопатия

I42.7 Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств и других внешних факторов

I42.8 Другие кардиомиопатии

I42.9 Кардиомиопатия неуточненная

### **I43 Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках**

I43.0 Кардиомиопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

I43.1 Кардиомиопатия при метаболических нарушениях

I43.2 Кардиомиопатия при расстройствах питания

I43.8 Кардиомиопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках

### Компоненты клинического диагноза (ВОЗ, 1995)

1. Варианты кардиомиопатий:

• Первичные: - Дилатационная.

- Гипертрофическая (обструктивная и необструктивная).

- Рестриктивная (без облитерации, с облитерацией).

- Аритмогенная правожелудочковая кардиомиопатия.

- Неклассифицированная кардиомиопатия (митохондриальные болезни, фиброэластоз).

• Вторичные (специфические): ишемическая, клапанная, гипертензивная, воспалительная, метаболическая, перипартальная, токсическая (алкогольная, лекарственная), тахикардическая, при системных заболеваниях, мышечных дистрофиях (миопатии Дюшена, Беккера) и нейромышечных нарушениях (синдром Нуна, атаксия Фридрейха).

2. Осложнения: нарушения сердечного ритма и проводимости, тромбоэмболии, относительная недостаточность атриовентрикулярных клапанов, синкопальные состояния.

3. Стадия ХСН и ФК ХСН.

### Примеры формулировки диагноза

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца: постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Относительная недостаточность митрального клапана II степени. ХСН IIА стадии, ФК III.

2. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца и проводимости: полная блокада левой ножки пучка Гиса, политопная желудочковая экстрасистолия. Острая сердечная недостаточность II степени: рецидивирующая сердечная астма. ХСН IIБ стадии, ФК III.
3. Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма, субаортальный стеноз. Нарушения ритма сердца: частая желудочковая экстрасистолия. ХСН I стадии, ФК I.
4. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Нарушения ритма сердца: пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ХСН I стадии, ФК I.

## **1.9 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

### **1.9.1 Нарушения функции проводимости (блокады).**

#### ***I44 Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса]***

- I44.0 Предсердно-желудочковая блокада первой степени
- I44.1 Предсердно-желудочковая блокада второй степени
- I44.2 Предсердно-желудочковая блокада полная
- I44.3 Другая и неуточненная предсердно-желудочковая блокада
- I44.4 Блокада передней ветви левой ножки пучка
- I44.5 Блокада задней ветви левой ножки пучка
- I44.6 Другие и неуточненные блокады пучка
- I44.7 Блокада левой ножки пучка неуточненная

#### ***I45 Другие нарушения проводимости***

- I45.0 Блокада правой ножки пучка
- I45.1 Другая и неуточненная блокада правой ножки пучка
- I45.2 Двухпучковая блокада
- I45.3 Трехпучковая блокада
- I45.4 Неспецифическая внутривентрикулярная блокада
- I45.5 Другая уточненная блокада сердца
- I45.6 Синдром преждевременного возбуждения
- I45.8 Другие уточненные нарушения проводимости
- I45.9 Нарушение проводимости неуточненное

#### ***I46 Остановка сердца***

- I46.0 Остановка сердца с успешным восстановлением сердечной деятельности
- I46.1 Внезапная сердечная смерть, так описанная
- I46.9 Остановка сердца неуточненная

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: органические (ИБС, миокардиты, кардиомиопатии, ВПС, постоперационные, наследственные), функциональные (нейроциркуляторная дистония (НЦД), спортивное сердце, стресс, рефлексорные), а также дизэлектrolитные, токсические, медикаментозные и др.
2. Уровень локализации блокады
  - синоатриальная,
  - внутрипредсердная,
  - атриовентрикулярная I, II (Мобиц I, Мобиц II), III степени,
  - внутривентрикулярные блокады пучка Гиса (правой ножки, передней и задней ветвей левой ножки, а также их комбинации – двухпучковые, трехпучковые блокады).
3. Стойкость блокады: преходящие, стойкие.
4. Наличие приступов Морганьи-Адамса-Стокса.
5. Стадия ХСН.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Постинфарктный кардиосклероз (12.10.03г). Нарушения проводимости сердца: Преходящая атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобиц I с приступами МАС. ХСН IIА стадии, ФК II.
2. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушения проводимости сердца: полная блокада левой ножки Пучка Гиса. Острая сердечная недостаточность III степени: отек легких (20.05.08). ХСН IIБ стадии, ФК III.
3. Острый диффузный поствакцинальный миокардит, тяжелая форма. Нарушения проводимости сердца: атриовентрикулярная блокада III степени Острая сердечная недостаточность III степени: отек легких, сердечно-легочная реанимация (11.05.08). ХСН IIА стадии, ФК III. Состояние после имплантации ЭКС (11.05.08).
4. Нейроциркуляторная дистония. Нарушения ритма сердца: частая суправентрикулярная экстрасистолия, стойкая синоаурикулярная блокада II степени I типа.

## **1.9.2 Нарушения функции автоматизма и эктопические ритмы**

### ***Пароксизмальные тахикардии.***

#### ***I47 Пароксизмальная тахикардия***

- I47.0 Возвратная желудочковая аритмия
- I47.1 Наджелудочковая тахикардия
- I47.2 Желудочковая тахикардия
- I47.9 Пароксизмальная тахикардия неуточненная

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: органические (ИБС, миокардиты, клапанные пороки, постоперационные, наследственные), функциональные (НЦД, стресс, рефлекторные), а также эндокринные, дизэлектrolитные, токсические, медикаментозные и др.
2. Уровень локализации эктопического очага тахикардии
  - предсердные (верхнепредсердные, нижнепредсердные),
  - из атриовентрикулярного соединения (ортодромные, антидромные),
  - желудочковые (устойчивые>30сек, неустойчивые<30сек).
3. Варианты течения: пароксизмальная, непароксизмальная.
4. Количество эктопических очагов: монотопные, политопные.
5. Риск внезапной сердечной смерти: низкий, средний, высокий.
6. Стадия ХСН.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (2001, 2003гг). Нарушения ритма сердца: пароксизмальная монотопная желудочковая тахикардия, РВСС высокий. ХСН IIА стадии, III ФК.
2. Постмиокардитический кардиосклероз. Нарушения проводимости сердца: пароксизмальная ортодромная узловатая тахикардия с ЧСС- 180', РВСС высокий. ХСН I стадии, II ФК.

### ***Фибрилляция и трепетание предсердий.***

#### ***I48 Фибрилляция и трепетание предсердий***

#### ***I49 Другие нарушения сердечного ритма***

- I49.0 Фибрилляция и трепетание желудочков
- I49.1 Преждевременная деполяризация предсердий
- I49.2 Преждевременная деполяризация, исходящая из соединения
- I49.3 Преждевременная деполяризация желудочков
- I49.4 Другая и неуточненная преждевременная деполяризация

- I49.5 Синдром слабости синусового узла  
I49.8 Другие уточненные нарушения сердечного ритма  
I49.9 Нарушение сердечного ритма неуточненное

### **Компоненты клинического диагноза фибрилляции (мерцания) и трепетания предсердий**

1. Этиологические факторы: ИБС, АГ, тиреотоксикоз, ревматические митральные пороки, ВПС, миокардиты, кардиомиопатии, интоксикации, операции на сердце, синдром каротидного синуса, заболевания ЦНС.

2. Варианты течения фибрилляции предсердий (ВНОК 2008 г):

- Впервые возникшая
- пароксизмальная форма – эпизоды продолжаются до 7 дней и купируются самостоятельно (могут быть кратковременными < 48 часов или стойкими > 48 часов);
- персистирующая форма – эпизоды обычно продолжаются более 7 дней, синусовый ритм восстанавливается только с помощью антиаритмических препаратов или электрической кардиоверсии;
- постоянная (перманентная) форма – продолжается более 7 дней, попытка восстановления синусового ритма была неудачной или не проводилась.

*Примечание:* приведенные формы могут наблюдаться при впервые выявленной фибрилляции предсердий, вместе с тем пароксизмальная и персистирующая формы также характерны для рецидивирующей фибрилляции предсердий (при регистрации у пациента 2-х и более приступов).

3. Форма фибрилляции предсердий (Орлов В.Н., 1997): брадисистолическая <60 желудочковых сокращений в', нормосистолическая от 60 до 90 в', тахисистолическая >90 в'.

4. Формы трепетания предсердий:

- тип I – классический с частотой волн F 240-340 в', тип II (атипичный) с частотой волн F 340-440 в';
- постоянная, пароксизмальная, персистирующая;
- неправильная (нерегулярная), правильная (регулярная) с АВ проведением 1:1, 2:1, 3:1.

5. Стадия ХСН и ФК ХСН.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. Нарушения проводимости сердца: постоянная фибрилляция предсердий, нормосистолическая форма. ХСН IIА стадии, ФК III.
2. Тиреотоксическая миокардиодистрофия. Нарушения ритма сердца: пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ХСН IIА стадии, ФК II.
3. ВПС. Дефект межпредсердной перегородки. Нарушения ритма сердца: постоянное трепетание предсердий, правильная форма 3:1. ХСН I стадии, ФК II.
4. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2000, 2002). Нарушения ритма сердца: синдром слабости синусового узла (тахикардии-брадикардии) с пароксизмами фибрилляции предсердий, тахисистолической формы. ХСН IIБ стадии, ФК III.

### **Экстрасистолическая аритмия**

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы.
2. Уровень локализации эктопического очага экстрасистолии:
  - наджелудочковые (предсердные, узловые),
  - желудочковые (левожелудочковые, правожелудочковые).
3. Класс желудочковых экстрасистол (В. Lown, М. Wolf, 1983г):
  - I класс – редкие мономорфные экстрасистолы (менее 30 в час);  
Ia – менее 1 в минуту; Ib – более 1 в минуту;
  - II класс – частые одиночные мономорфные экстрасистолы (более 30 в час);

- **III класс** – полиморфные (политопные) экстрасистолы;
  - **IV класс** – повторные желудочковые экстрасистолы:
    - IVa – парные (по 2 экстрасистолы сразу);
    - IVб – групповые экстрасистолы (по 3 экстрасистолы или короткие пробежки желудочковой тахикардии <30сек).
  - **V класс** – ранние экстрасистолы (типа “R на T”).
4. Стадия ХСН и ФК ХСН.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (12.10.2003). Нарушения ритма сердца: частая политопная желудочковая экстрасистолия III класса. ХСН IIА стадии, ФК III.
2. Дилатационная кардиомиопатия, относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов II степени. Нарушения ритма сердца: парная полиморфная желудочковая экстрасистолия IV класса. ХСН IIБ стадии, ФК III.
3. Метаболическая кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца: частая наджелудочковая экстрасистолия. ХСН I стадии.

### **1.9.3 Синдром преждевременного возбуждения желудочков (ПВЖ)**

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Клинические формы: синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW), синдром Лауна-Генонга-Левайна (LGL) или син.: синдром Клерка-Леви-Кристеско (CLC), синдром короткого PR.
2. Варианты течения: латентный, скрытый, интермиттирующий, манифестирующий.
3. Типы синдрома WPW:
  - тип А – ЭОС отклонена вправо, комплексы QRS и Δ-волны во всех грудных и II, III, aVF отведениях направлены вверх, ЭКГ напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса;
  - тип Б – ЭОС отклонена влево, в правых грудных отведениях (III, aVF, V<sub>1-2</sub>) преобладает S, Δ-волна отрицательная, а в левых (I, aVL, V<sub>5-6</sub>) – преобладает R, Δ-волна положительная. ЭКГ напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса;
  - тип АВ – характеризуется сочетанием признаков типа А, наиболее выраженных в грудных отведениях – преобладание R и (+) Δ-волны в V<sub>1-6</sub>, а также наличие признаков типа Б в стандартных отведениях – высокий зубец R<sub>I</sub> и глубокий S<sub>III</sub>, отклонение ЭОС влево, (+) Δ-волна в I отведении и (-) Δ-волна в III отведении.
4. Осложнения: пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, пароксизмальная фибрилляция предсердий, экстрасистолия.\*
5. Стадия сердечной недостаточности.

*Примечание:*\* - в случаях, когда выявляются только ЭКГ-признаки, но нет аритмии, принято говорить о феномене, а при наличии аритмии – о синдроме ПВЖ (WPW, CLC).

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, латентная форма, тип А. ХСН 0.
2. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, интермиттирующая форма, тип Б, пароксизмальная ортодромная узловая тахикардия с ЧСС- 190', РВСС высокий. ХСН I стадии.
3. Синдром Клерка-Леви-Кристеско, манифестирующая форма, пароксизмальная антидромная наджелудочковая тахикардия с ЧСС- 140'. ХСН 0.

## II. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

### 2.1 ОСТРЫЙ БРОНХИТ

#### **J20. Острый бронхит**

- J20.0 Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*
- J20.1 Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева-Пфейффера]
- J20.2 Острый бронхит, вызванный стрептококком
- J20.3 Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки
- J20.4 Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа
- J20.5 Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом
- J20.6 Острый бронхит, вызванный риновирусом
- J20.7 Острый бронхит, вызванный эховирусом
- J20.8 Острый бронхит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J20.9 Острый бронхит неуточненный

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: парагрипп, риновирус, эховирус, микоплазма и др.
2. Клинические формы: катаральный или гнойный.
3. Функциональные особенности: необструктивный или обструктивный.
4. Варианты течения: остroteкущий (до 2 недель) и затяжной (от 2 недель до месяца и более).
5. Осложнения, если они имеют место: эмфизема легких, дыхательная недостаточность (ДН) и др.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острый катаральный необструктивный бронхит.
2. Острый катаральный обструктивный бронхит.  
Осложнения: эмфизема легких, ДН II степени.
3. Острый гнойный необструктивный бронхит.

*Примечание:* В формулировке диагноза острого бронхита допускается отсутствие терминов: остroteкущий, катаральный, необструктивный. Этиология указывается в случае выявления этиологического фактора.

### 2.2 ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

#### **J40. Бронхит, не уточненный как острый или хронический**

#### **J41. Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит**

- J41.0 Простой хронический бронхит
- J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит
- J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит
- J42. Хронический бронхит неуточненный

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Характер воспалительного процесса: катаральный или гнойный.
2. Функциональные особенности: обструктивный или необструктивный.
3. Фаза заболевания: обострение или ремиссия.
4. Осложнения: эмфизема легких, пневмосклероз, ДН, хроническое легочное сердце, ХСН и др.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический катаральный необструктивный бронхит в фазе обострения.
2. Хронический катаральный обструктивный бронхит в фазе обострения.

Осложнения: эмфизема легких, ДН II степени. Хроническое легочное сердце, ХСН I стадии, II ФК.

3. Хронический необструктивный гнойный бронхит в фазе обострения.

Осложнения: диффузный пневмосклероз, ДН I степени.

*Примечание:* В формулировке диагноза хронического бронхита допускается отсутствие терминов: катаральный и необструктивный. Хронический необструктивный бронхит шифруется вышеуказанными кодами. Хронический обструктивный бронхит шифруется кодами хронической обструктивной болезни (см. далее).

## 2.3 ПНЕВМОНИЯ

### **J12. Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках**

J12.0 Аденовирусная пневмония

J12.1 Пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом

J12.2 Пневмония, вызванная вирусом парагриппа

J12.8 Другая вирусная пневмония

J12.9 Вирусная пневмония неуточненная

### **J13. Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae***

### **J14. Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae* [палочк. Афанасьева-Пфейффера]**

### **J15. Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках**

J15.0 Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae*

J15.1 Пневмония, вызванная *Pseudomonas* (синегнойной палочкой)

J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком

J15.3 Пневмония, вызванная стрептококком группы В

J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками

J15.5 Пневмония, вызванная *Escherichia coli*

J15.6 Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями

J15.7 Пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*

J15.8 Другие бактериальные пневмонии

J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная

### **J16. Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках**

J16.0 Пневмония, вызванная хламидиями

J16.8 Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными возбудителями

### **J18. Пневмония без уточнения возбудителя**

J18.0 Бронхопневмония неуточненная

J18.1 Долевая пневмония неуточненная

J18.2 Гипостатическая пневмония неуточненная

J18.8 Другая пневмония, возбудитель неуточнен

J18.9 Пневмония неуточненная

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиопатогенетические варианты:

- внебольничная (приобретенная вне лечебного учреждения) пневмония, синонимы: домашняя, амбулаторная;

- госпитальная (приобретенная в лечебном учреждении) пневмония, синонимы: нозокомиальная, внутрибольничная.

- аспирационная пневмония;

- пневмония у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).

2. Этиологические факторы: стрептококк, стафилококк, микоплазма и др.

3. Клинико-морфологические формы: очаговая (бронхопневмония), сегментарная, долевая, тотальная.
4. Локализация: сторона, доля, сегмент.
5. Варианты течения: остroteкущая (разрешающаяся в обычные сроки) или затяжная (текущая более 30 суток)
6. Степень тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая.
7. Осложнения: ДН, абсцедирование, плеврит, бронхообструктивный синдром, острое легочное сердце, инфекционно-токсический шок, миокардит, перикардит, менингит, менингоэнцефалит, нефрит и др.

*Примечание:* в формулировке диагноза пневмонии обычно не указывается термин остroteкущая. Вместе с тем при необходимости подчеркивается вторичный характер пневмонии: гипостатическая, застойная, послеоперационная, септическая и др.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Внебольничная, правосторонняя нижнедолевая пневмония. Течение средней тяжести. Осложнения: правосторонний экссудативный плеврит, ДН II степени.
2. Внебольничная, пневмококковая, правосторонняя (S9, S10) бронхопневмония. Легкое течение.
3. Госпитальная, фридлендеровская (клебсиелёзная), затяжная, двухсторонняя полисегментарная пневмония. Тяжелое течение.

Осложнения: двухсторонний парапневмонический экссудативный плеврит, ДН III степени. Острое легочное сердце. СН I стадии. Токсическая острая почечная недостаточность (ОПН), олигурическая форма (1.11.2004).

*Примечание:* в случае определения возбудителя инфекции пневмония шифруется кодами J12.0-J16.8; пневмония без уточненного инфекционного возбудителя шифруется кодом J18.0-J18.9.

## **2.4 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)**

### ***J44. Другая хроническая обструктивная легочная болезнь***

J44.0 Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей

J44.1 Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная

J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь

J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Степень тяжести (стадия): легкое течение (I стадия), среднетяжелое течение (II стадия), тяжелое течение (III стадия) и крайне тяжелое течение (IV стадия).
2. Фаза заболевания: обострение или ремиссия (стабильное течение, вне обострения).
3. Осложнения: ДН, легочное сердце, ХСН и др.

*Примечание:* термин хронический обструктивный бронхит исключается из формулировки ХОБЛ, но всегда подразумевается его наличие, так как он является обязательной составной частью этого заболевания. Из определения и классификации ХОБЛ исключен бронхообструктивный синдром, связанный с бронхоэктазами, муковисцидозом, бронхиальной астмой или туберкулезом.

В диагнозе можно указывать факторы риска, индекс курящего человека, а также клиническую форму ХОБЛ (эмфизематозная, бронхитическая), если она четко выявляется при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания. Термин эмфизема легких можно не указывать, так как он является составной частью ХОБЛ.

### Примеры формулировки диагноза

1. ХОБЛ средней тяжести (II стадия) в фазе обострения. Осложнения: ДН II степени.
  2. ХОБЛ тяжелое стабильное течение (III стадия), эмфизематозный тип (панацинарная эмфизема). Осложнения: ДН III степени.
  3. ХОБЛ крайне тяжелое стабильное течение (IV стадия), бронхитический тип (центриацинарная эмфизема).  
Осложнения: ДН III степени. Хроническое легочное сердце. ХСН IБ стадии.
  4. ХОБЛ крайне тяжелое стабильное течение (IV стадия).  
Осложнения: ДН III степени. Хроническое легочное сердце. ХСН IА стадии.
- Примечание:* шифры 44.8 и 44.9 рекомендуется применять при тяжелом и крайне тяжелом течении ХОБЛ.

## 2.5 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

### J45. Астма

J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента

J45.1 Неаллергическая астма

J45.8 Смешанная астма

J45.9 Астма неуточненная

### J46. Астматический статус [*status asthmaticus*]

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические формы: "Атопическая", "Экзогенная аллергическая", "Идиосинкразическая" (аспириновая и др.), "Эндогенная неаллергическая", "Смешанная".
2. Степень тяжести: легкая интермиттирующая (I), легкая персистирующая (II), средней тяжести (III) и тяжелая (IV).
3. Фаза течения: обострение (приступ астмы, неконтролируемая астма) или стабильное (персистирующее) течение.
4. Астматический статус I, II или III стадии (тяжелый затянувшийся приступ астмы, резистентный к адекватной терапии)
5. Осложнения: эмфизема легких, ДН, легочное сердце, метаболическая кардиомиопатия, ХСН и др.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Бронхиальная астма атопическая, средней тяжести в фазе обострения.  
Осложнения: эмфизема легких, ДН II степени.
2. Бронхиальная астма экзогенная аллергическая, легкое персистирующее течение.
3. Бронхиальная астма эндогенная неаллергическая, тяжелое течение в фазе обострения.  
Осложнения: эмфизема легких, ДН III степени. Хроническое легочное сердце. ХСН I стадии.
4. Бронхиальная астма идиосинкразическая (аспириновая), средней тяжести, персистирующее течение. Осложнения: эмфизема легких, ДН I степени
5. Бронхиальная астма смешанная средней тяжести в фазе обострения.  
Осложнения: эмфизема легких, ДН II степени.
6. Бронхиальная астма эндогенная неаллергическая, тяжелое течение в фазе обострения. Астматический статус II стадия.  
Осложнения: эмфизема легких, ОДН II степени. Острое легочное сердце. СН I стадии.

*Примечание.* Согласно рекомендациям стандарта диагностики и лечения бронхиальной астмы (приказ МЗ РФ №300 от 1998 г) степень тяжести астмы определяется не только количеством и тяжестью симптомов, но и ступенью лечения. Например, пациент, находящийся на 4 или 5 ступени лечения, даже при отсутствии симптомов астмы имеет

тяжелое течение заболевания. При наличии в диагнозе БА термина "астматический статус" необходимо отдавать предпочтение коду J46, а не коду J45.

## 2.6 ПЛЕВРИТЫ

A15.6 Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически

A16.5 Туберкулезный плеврит без указания о бактериологическом или гистологическом подтверждении.

### **J86. Пиоторакс**

J86.0 Пиоторакс с фистулой

J86.9 Пиоторакс без фистулы

### **J90. Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках**

### **J93. Пневмоторакс**

J93.0 Спонтанный пневмоторакс напряжения

J93.1 Другой спонтанный пневмоторакс

J93.8 Другой пневмоторакс

J93.9 Пневмоторакс неуточненный

### **J94. Другие поражения плевры**

J94.0 Хилусный выпот

J94.1 Фиброторакс

J94.2 Гемоторакс

J94.8 Другие уточненные плевральные состояния

J94.9 Плевральное поражение неуточненное

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: инфекционные (стафилококковый, туберкулезный и др.), асептические (ревматический, карциноматозный, травматический и др.).
2. Клинико-морфологические варианты: сухой, экссудативный, адгезивный, эмпиема плевры.
3. Локализация: указывается сторона поражения, а при осумкованных плевритах, в случае необходимости, локализация уточняется - диафрагмальный, междолевой, медиастинальный и др.
4. Осложнения: дыхательная недостаточность и др.

*Примечание.* В формулировке диагноза возможно указание характера течения плеврита (острый, подострый, хронический). Плеврит может быть диагнозом основного заболевания или диагнозом осложнения основного заболевания.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Левосторонний экссудативный плеврит. Осложнения: ДН I степени.
2. Туберкулезный правосторонний экссудативный плеврит.  
Осложнения: ДН II степени.
3. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, течение средней тяжести.  
Осложнения: парапневмонический правосторонний экссудативный плеврит, ДН II степени.

## 2.7 АБСЦЕСС ЛЕГКОГО

### **J85. Абсцесс легкого и средостения**

J85.0 Гангрена и некроз легкого

J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией

J85.2 Абсцесс легкого без пневмонии

J85.3 Абсцесс средостения

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы (если она точно известна): стафилококк, клебсиела и др.
2. Варианты течения: острое (до 3 месяцев), хроническое (свыше 3 месяцев), рецидивирующее (выделяется фаза обострения и фаза ремиссии).
3. Локализация: сторона, доля, сегмент.
4. Распространенность: единичный, множественные.
5. Осложнения: пиопневмоторакс, эмпиема плевры, кровотечение, инфекционно-токсический шок, сепсис, амилоидоз и др.

*Примечание:* различают также гангренозный абсцесс легкого (наличие секвестра в полости абсцесса).

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острый абсцесс нижней доли правого легкого.  
Осложнения: легочное кровотечение, постгеморрагическая анемия I степени тяжести.
2. Хронический абсцесс нижней доли левого легкого в фазе обострения.  
Осложнения: вторичный амилоидоз I стадии.

## **2.8 БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

### ***J47. Бронхоэктатическая болезнь***

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Локализация: сторона, доля, сегменты.
2. Фаза течения: обострение или ремиссия.
3. Осложнения: кровотечение, ДН, хроническое легочное сердце, амилоидоз и др.

*Примечание:* неосложненную форму заболевания по характеру течения можно разделить на малосимптомную и выраженную.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Бронхоэктатическая болезнь с поражением 4 и 5 сегментов левого легкого, фаза обострения. Осложнения: кровохарканье, амилоидоз I стадия.
2. Бронхоэктатическая болезнь с поражением средней доли правого легкого, малосимптомная форма, фаза ремиссии.
3. Бронхоэктатическая болезнь с двухсторонним поражением нижних долей, фаза обострения. Осложнения: кровохарканье, эмфизема легких, ДН II степени, амилоидоз I стадии.

## III. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

### 3.1 БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

#### 3.1.1 Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

##### *К21 Гастроэзофагеальный рефлюкс*

К21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

К 21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

##### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, замедление эвакуации из желудка, гиперсекреция соляной кислоты.

2. Степень тяжести.

Для рефлюкс-эзофагита рекомендуется использовать классификацию, принятую на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994г).

Степень А: одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.

Степень В: одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.

Степень С: поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.

Степень Д: поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает более 75% окружности пищевода.

Правомочна классификация Савари-Миллера, предусматривающая выделение 4-х степеней тяжести заболевания по эндоскопическим критериям:

- Рефлюкс-эзофагит I степени тяжести (катаральный эзофагит) характеризуется отеком и гиперемией дистального отдела пищевода.
- Рефлюкс-эзофагит II степени тяжести - единичные эрозии, занимающие менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода.
- Рефлюкс-эзофагит III степени тяжести сопровождается слиянием эрозий, захватывающих до 50% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода.
- Рефлюкс-эзофагит IV степени характеризуется наличием циркулярно расположенных сливных эрозий, занимающих всю или почти всю поверхность слизистой оболочки пищевода, с формированием глубоких пептических язв и стриктур пищевода, развитием тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода.

3. Осложнения: пищеводно-желудочные кровотечения, синдром Баррета, пептические стриктуры пищевода.

##### **Примеры формулировки диагноза:**

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит, степень С. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Осложнение: синдром Баррета.

2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хроническая язва дистального отдела пищевода, аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Осложнение: гастроэзофагеальное кровотечение.

#### 3.1.2 Ахалазия кардии

## ***К22 Другие болезни пищевода***

### ***К 22.0 Ахалазия кардиальной части***

К 22.1 Язва пищевода

К 22.4 Дискинезия пищевода

К 22.5 Дивертикул пищевода приобретенный

К 22.6 Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром

К 22.8 Другие неуточненные болезни пищевода

К 22.9 Болезнь пищевода неуточненная

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: функциональные (временный спазм) или органические (рубцовый стеноз).
2. Стадия функциональных нарушений: компенсации, декомпенсации.
3. Эндоскопические формы: катаральная, эрозивная, геморрагическая и др.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Ахалазия, рубцовые изменения кардии и стабильное расширение пищевода в стадии декомпенсации, хронический эрозивный эзофагит.
2. Ахалазия пищевода, I тип, в стадии компенсации, хронический катаральный эзофагит.

### **3.1.3 Дивертикулы пищевода**

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Локализация: фарингоэзофагеальные, бифуркационные, эпифренальные и другие с учетом сегментарного строения пищевода.
2. Этиопатогенетические формы: врожденные, приобретенные.
3. Морфологические варианты: истинные, ложные.
4. Варианты течения: бессимптомное, с дисфагией, с воспалением.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Наддиафрагмальный дивертикул пищевода, латентное течение, аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Приобретенный пульсионный дивертикул пищевода, эзофагоспазм в субкомпенсированной стадии.

### **3.1.4 Эзофагиты**

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: вирусные, бактериальные, кандидозные, в результате воздействия физико-химических факторов (кислоты, щелочи, травмы, медикаментозные средства).
2. Варианты течения: острый, подострый, хронический.
3. Распространенность процесса: ограниченный, диффузный.
4. Эндоскопические формы: катаральная, эрозивная, геморрагическая, некротизирующая, язвенная, псевдомембранозная, эксфолиативная.
5. Осложнения: кровотечение, стенозы, хроническая язва пищевода, малигнизация, абсцессы, флегмоны, перфорация.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острый диффузный эрозивный эзофагит, вызванный вирусом простого герпеса.
2. Острый бактериальный дистальный катаральный эзофагит.

3. Хронический травматический (коррозийный) дистальный эрозивный эзофагит.

## 3.2 БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*К 25 Язва желудка*

*К 26 Язва двенадцатиперстной кишки*

*К 27 Пептическая язва неуточненной локализации*

*К 28 Гастроэюнальная язва*

*К 29 Гастрит и дуоденит*

К 29.0 Острый геморрагический гастрит

К 29.1 Другие острые гастриты

К 29.2 Алкогольный гастрит

К 29.3 Хронический поверхностный гастрит

К 29.4 Хронический атрофический гастрит

К 29.5 Хронический гастрит неуточненный

К 29.7 Гастрит неуточненный

К 29.8 Дуоденит

К 29.9 Гастродуоденит неуточненный

*К 30 Диспепсия*

*К 31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*

### 3.2.1 Острый гастрит

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические факторы: экзогенные (алиментарный, алкогольный, медикаментозный, аллергический, вирусный, коррозионный), эндогенные (при ожогах, азотемии, сепсисе и др.).
2. Эндоскопические формы: катаральный, эрозивный, геморрагический, флегмонозный.
3. Осложнения: кровотечение, перфорация (при коррозионном и флегмонозном гастритах).

#### Примеры формулировки диагноза

1. Острый алиментарный катаральный гастрит.
2. Острый флегмонозный гастрит (флегмона желудка).
3. Острый эрозивно-геморрагический гастрит, ассоциированный с пилорическим хелиобактериозом (НР+).
4. Острый коррозионный (щелочной) эрозивно-геморрагический гастрит.  
Осложнение: острое желудочное кровотечение.

### 3.2.2 Хронические гастриты

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические факторы: аутоиммунный, бактериальный, ассоциированный с пилорическим хелиобактериозом, химический, эозинофильный, гранулематозный (при саркоидозе, болезни Крона, туберкулезе и др.), коллагенозный, радиационный.
2. Локализация: антральный, фундальный, пангастрит.
3. Эндоскопические формы: эритематозный, экссудативный, геморрагический, атрофический, с наличием плоских и (или) приподнятых эрозий, с гиперплазией складок (указать локализацию).
4. Гистологические формы: активный (легкой, умеренной и тяжелой степени выраженности), неактивный. Также учитывают – атрофию железистого эпителия, кишечную метаплазию, наличие или отсутствие НР. Диагноз хронического гастрита является достоверным, если он подтвержден результатами гистологического исследования. В то же время иногда на практике, возможно, ограничиться эндоскопическим заключением.

## 5. Осложнения.

### Примеры формулировки диагноза

1. Хронический аутоиммунный пангастрит с преобладанием тяжелой атрофии в фундальном отделе с секреторной недостаточностью.
2. Хронический активный антральный гастрит, ассоциированный с НР (хеликобактер пилори) с повышенной секреторной функцией желудка.
3. Реактивный (химический) антральный гастрит с эрозиями, ассоциированный с приемом индометацина.

## 3.2.3 Язвенная болезнь

### Компоненты клинического диагноза

#### (базирующиеся на результатах эндоскопического исследования)

1. Фазы заболевания: обострение или рецидив (наличие клинических признаков и/или язвы), затухающее обострение или неполная ремиссия (отсутствие симптомов болезни, но с наличием активного гастрита, дуоденита после рубцевания язвы), ремиссия (отсутствие клиники, язв и признаков воспаления слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки).
2. Локализация язвы.
3. Характеристика язвы (включаются только важные в прогностическом плане данные): впервые возникшая, длительно нерубцующаяся (свыше 6 мес), каллезная, гигантская (более 2 см в диаметре при локализации в луковице и 3 см - в желудке).
4. Характеристика гастрита, дуоденита или эзофагита.
5. Осложнения: кровотечение, перфорация (в том числе прикрытая), пенетрация (указать куда), рубцово-язвенный стеноз привратника или двенадцатиперстной кишки (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный), перигастрит, перидуоденит с рубцовыми изменениями стенки органа (например, деформация луковицы).

### Примеры формулировки диагноза

1. Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический экссудативный антральный гастрит, геморрагический бульбит с множественными плоскими эрозиями, НР+.
2. Язвенная болезнь, обострение. Непрерывно рецидивирующая язва средней трети малой кривизны желудка. Хронический экссудативно-геморрагический пангастрит с множественными плоскими эрозиями, НР+.
3. Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки (впервые выявленная). Геморрагический пилоробульбит.  
Осложнения: Язвенное кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия, I степени тяжести.
4. Язвенная болезнь, обострение. Эрозии антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический экссудативный пилоробульбит, НР+. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.
5. Язвенная болезнь, обострение. Гигантская каллезная язва малой кривизны тела желудка. Хронический катаральный гастрит, НР+.
6. Язвенная болезнь в фазе ремиссии. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

*Примечание:* в диагноз язвенной болезни можно не включать гастрит и дуоденит, т.к. язвы желудка практически всегда возникают на фоне хронического активного гастрита, а язвы двенадцатиперстной кишки - на фоне хронического активного дуоденита, ассоциированного с НР.

### 3.2.4 Симптоматические и медикаментозные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические факторы (заболевания и травмы, при которых наблюдаются изъязвления в гастродуоденальной слизистой оболочке):

- сосудистые - мозговой инсульт, инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз висцеральных ветвей брюшной аорты,
- острые хирургические заболевания брюшной полости – сепсис, болезни, осложненные тяжелой легочно-сердечной недостаточностью, азотемией, шоком, ожоги.
- эндокринные симптоматические язвы - синдром Золингера-Эллисона (гастринома), гиперпаратиреоз, системный мастоцитоз.
- лекарственные - при приеме ацетилсалициловой кислоты, индометацина, реопирина, анальгина, преднизолона и др.

2. Локализация язвы.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Гастринома поджелудочной железы (синдром Золингера-Эллисона), множественные рецидивирующие язвы выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Ревматоидный артрит, серопозитивный, прогрессирующий с высокой активностью, острые лекарственные (стероидные) язвы передней стенки тела желудка.

3. Атеросклероз брюшной аорты с резко выраженным стенозом чревной артерии и хроническим абдоминальным ишемическим синдромом, хроническая гигантская (4,5 см) язва малой кривизны тела желудка, пенетрирующая в малый сальник.

4. Вирусный цирроз печени, мелкоузловой, активный, декомпенсированный, портальная гипертензия III ст. (асцит, варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка), спленомегалия, печеночная энцефалопатия II ст., язва верхней трети задней стенки желудка.

*Примечание:* наличие язвы (язв) в желудке и, особенно, в двенадцатиперстной кишке при том или ином соматическом заболевании, травме и приеме лекарств не является основанием отказываться от диагноза язвенной болезни, а обнаружение инфицированности гастродуоденальной слизистой оболочки НР и активного гастродуоденита является основанием к пересмотру диагноза в пользу язвенной болезни.

### 3.2.5 Болезни оперированного желудка

#### Компоненты клинического диагноза

1. Заболевание, по поводу которого проводилась операция, тип ее (например, селективная проксимальная ваготомиа, антрумэктомия), дата операции.

2. Формы функциональных и органических нарушений: диарея (3-х степеней тяжести), пищеводная дисфагия, гастроэзофагеальный рефлюкс, гастростаз, демпинг-синдром или синдром отводящей петли, синдром малого желудка, синдром приводящей петли, постгастрорезекционная астения (дистрофия), синдром нарушенного пищеварения (синдром мальдигестии), синдром нарушенного всасывания или синдром мальабсорбции (истощение, анемия, остеопороз, остеомалация, авитаминозы), рецидивы язвенной болезни и симптоматические язвы, анастомозит.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Язвенная болезнь желудка. Резекция 2/3 желудка по Бильрот II в 1980г. по поводу кровоточащей язвы желудка, демпинг-синдром средней степени тяжести.
2. Селективная проксимальная ваготомиа в 1982г. по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Рецидивирующая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, катарально-экссудативный антральный гастрит и дуоденит с эрозиями, ассоциированные с хеликобактерной инфекцией.

### 3.2.6 Дуодениты

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические факторы: первичный или вторичный, сочетающийся с гастритом (острым или хроническим), язвенной болезнью, заболеваниями печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника, с лямблиозом, анкилостомозом, описторхозом, аллергическими состояниями.
2. Распространенность процесса: проксимальный, дистальный, тотальный (диффузный).
3. Эндоскопические формы: катаральный, экссудативный, геморрагический с наличием эрозий.
4. Гистологические формы: поверхностный, интерстициальный, атрофический.
4. Фаза заболевания: обострение, ремиссия.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Аутоиммунный хронический пангастрит с преобладанием тяжелой атрофии в фундальном отделе, хронический диффузный дуоденит с умеренно выраженной атрофией слизистой оболочки 12-перстной кишки в фазе обострения.
2. Хронический активный хеликобактерный антральный гастрит и проксимальный дуоденит, множественные плоские эрозии в луковице в фазе обострения.

## 3.3 БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

### 3.3.1 Гепатит хронический (ХГ)

#### ***К70 Алкогольная болезнь печени***

К70.0 Алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень)

К70.1 Алкогольный гепатит

К70.2 Алкогольный фиброз и склероз печени

К70.3 Алкогольный цирроз печени

К70.4 Алкогольная печеночная недостаточность

#### ***К71 Токсическое поражение печени***

#### ***К72 Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках***

К72.0 Острая и подострая печеночная недостаточность

К72.1 Хроническая печеночная недостаточность

К72.9 Печеночная недостаточность неуточненная

#### ***К73 Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках***

К73.9 Хронический гепатит неуточненный

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические формы: вирусные (вирус гепатита В, С, Д, Е и др.), алкогольные, медикаментозные, токсические, аллергические, недостаточность альфа-1 антитрипсина, неспецифические реактивные (при заболеваниях других органов), аутоиммунный, неустановленный (идиопатический).
2. Степень активности процесса.
3. Стадия заболевания, подтвержденная морфологически.

4. Внепеченочные (системные) поражения: полиартралгии, васкулиты, синдром Шегрена, гломерулонефрит, миокардит и др.
5. При хронических гепатитах, этиологически связанных с вирусом гепатита В выделяют фазы развития вирусного процесса: 1) HBeAg-положительные ХГ, связанные с репликацией вируса гепатита В – они активные, имеют склонность к прогрессированию; 2) HBeAg-отрицательные ХГ сопровождается прекращением репликации вируса и становлением интегративной фазы инфекции. Активность воспалительного процесса в печени регрессирует и возможна трансформация ХАГ в ХПГ.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический гепатит В, активность высокой степени с умеренным развитием фиброза.
2. Хронический гепатит С, активность минимальная со слабо выраженным фиброзом.
3. Хронический лекарственный гепатит, активность умеренной степени.
4. Хронический гепатит В, ассоциированный с интегративной фазой развития.
5. Аутоиммунный гепатит высокой степени активности с переходом в цирроз печени с внепеченочными системными проявлениями.
6. Алкогольный хронический гепатит, активность умеренной степени с тяжелым развитием фиброза.

### **3.3.2 Циррозы печени**

#### ***К74 Фиброз и цирроз печени***

К74.0 Фиброз печени

К74.1 Склероз печени

К74.2 Фиброз печени в сочетании со склерозом печени

К74.3 Первичный билиарный цирроз

К74.4 Вторичный билиарный цирроз

К74.5 Билиарный цирроз неуточненный

К74.6 Другой и неуточненный цирроз печени

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: вирусный, алкогольный, аутоиммунный, токсический, генетический, кардиальный, вследствие внутри- и внепеченочного холестаза, криптогенный.
2. Морфологические формы: микронодулярный, макронодулярный, смешанный, неполный септальный, билиарный.
3. Стадия портальной гипертензии: компенсированная, стадия начальной декомпенсации, стадия выраженной декомпенсации.
4. Стадия печеночно-клеточной недостаточности: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.
5. Фаза заболевания: обострение (активная фаза - активность минимальная, умеренная, выраженная), ремиссия (неактивная фаза).
6. Варианты течения: медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее, стабильное.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Вирусный цирроз печени В, макронодулярный, обострение, умеренная активность, субкомпенсированная печеночная недостаточность, стадия начальной декомпенсации портальной гипертензии, медленно прогрессирующее течение.
2. Алкогольный цирроз печени, микронодулярный, обострение, выраженная активность, декомпенсированная печеночная недостаточность и портальная гипертензия, быстро прогрессирующее течение.
3. Цирроз печени, ассоциированный с вирусом гепатита С, высокой степени активности, декомпенсированный, портальная гипертензия 3 ст.

Осложнения: кровотечение из расширенных вен пищевода, энцефалопатия 3 ст., гепатorenальный и отечно-асцитический синдромы.

4. Первичный билиарный цирроз печени, активный, декомпенсированный.

Осложнения: остеопороз с выраженными остеолизисами.

*Примечание:* в клиническом диагнозе морфологическую форму цирроза печени можно не указывать, если не проводилось гистологическое исследование.

### **3.4 БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

#### **3.4.1 Холецистит**

##### ***K81 Холецистит***

K81.0 Острый холецистит

K81.1 Хронический холецистит

K81.8 Другие формы холецистита

K81.9 Холецистит неуточненный

##### ***K82 Другие болезни желчного пузыря***

K82.8 Другие уточненные болезни желчного пузыря

K82.9 Болезнь желчного пузыря неуточненная

##### ***K83 Другие болезни желчевыводящих путей***

K83.0 Холангит

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические формы: бактериальный (колибациллярный, энтерококковый, стрептококковый, пневмококковый, сальмонеллезный, брюшнотифозный, паратифозный, дизентерийный и др.), гельминтозный (описторхозный и др.), вирусный.

2. Варианты течения: острый, хронический (стадия обострения, стадия затухающего обострения, стадия ремиссии).

3. Состояние сократительной функции желчного пузыря: гипотоническая, гипертоническая.

4. Осложнения:

а) связанные с распространением воспалительного процесса: холангит, холедохит, панкреатит;

б) связанные с язвенно-некротическим и гнойным характером процесса: разрыв желчного пузыря; острый перитонит - желчный, гнойный, ограниченный или разлитой; желчные свищи; абсцесс печени; эмпиема плевры; метастатический абсцесс мозга; менингоэнцефалит; сепсис и др.

в) связанные со склерозирующим характером процесса: перихолецистит; деформация желчного пузыря; сращение желчного пузыря с соседними органами – двенадцатиперстной кишкой, привратником желудка, поперечно-ободочной кишкой; дивертикулы в желчном пузыре и др.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический бескаменный холецистит, фаза обострения, легкая степень тяжести, гипотоническая дискинезия желчного пузыря. Лямблиоз желчных путей.

2. Хронический бескаменный холецистит в фазе обострения, тяжелое течение с частыми рецидивами, гипертоническая дискинезия желчного пузыря. Холецистокардиальный и астеноневротический синдромы.

Осложнение: перихолецистит.

#### **3.4.2 Желчнокаменная болезнь**

### ***К80 Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)***

- К80.0 Камни желчного пузыря с острым холециститом
- К80.1 Камни желчного пузыря с другим холециститом
- К80.2 Камни желчного пузыря без холецистита
- К80.3 Камни желчного протока с холангитом
- К80.4 Камни желчного протока с холециститом
- К80.5 Камни желчного протока без холангита или холецистита
- К80.8 Другие формы холелитиаза

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Стадии заболевания: физико-химическая, камни желчного пузыря без холецистита (каменосительство), камни желчного пузыря с острым холециститом, с обострением хронического холецистита (калькулезный холецистит острый, хронический).
2. Фазы заболевания: обострение, ремиссия.
3. Осложнения: отключенный желчный пузырь, водянка и эмпиема желчного пузыря, перихолецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, острый гнойный холангит, вторичный билиарный цирроз печени, панкреатит.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит в фазе обострения.
  2. Желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, гнойный холангит.
  3. Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение.
- Осложнения: водянка желчного пузыря.

*Примечание:* холецистолитиаз и холедохолитиаз всегда являются проявлением желчнокаменной болезни, и поэтому ее иногда можно не включать в диагноз (например, хронический калькулезный холецистит, обострение).

### **3.4.3 Постхолецистэктомический синдром**

К91.5 Постхолецистэктомический синдром

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: хирургические осложнения, оперативные погрешности, негепатобилиарные заболевания и психосоматические причины.
2. Клинические проявления, обусловленные функциональными нарушениями желчных путей, дискинезией внепеченочных желчных путей и сфинктера Одди; выпадением функции желчного пузыря (концентрационной, гормональной); нарушениями, связанными с расстройством пищеварения.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 1997 году.
2. Дисфункция сфинктера Одди билиарного типа. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 1998 г.
3. Острый панкреатит, обусловленный дисфункцией сфинктера Одди панкреатического типа. Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия в 2000 г.

*Примечание:* первый пример для случаев с отсутствием клинических симптомов.

### **3.4.4 Панкреатит**

#### ***К85 Острый панкреатит***

#### ***К86 Другие болезни поджелудочной железы***

- К86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии
- К86.1 Другие хронические панкреатиты
- К86.2 Киста поджелудочной железы

### К86.3 Ложная киста поджелудочной железы

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Клинические формы: обструктивный, кальцифицирующий, паренхиматозный.
2. Фаза заболевания: обострение, ремиссия.
2. Степень тяжести: легкое течение, средней степени тяжести, тяжелое течение.
3. Осложнения: сахарный диабет, псевдокисты и кисты поджелудочной железы, механическая желтуха, абсцесс поджелудочной железы.

#### **Примерная формулировка диагноза**

1. Хронический кальцифицирующий панкреатит, средней степени тяжести, фаза обострения.  
Осложнения: кисты поджелудочной железы.
2. Хронический панкреатит, болевая форма, средней тяжести, фаза обострения.  
Осложнения: вторичный сахарный диабет, средней степени тяжести.

## **3.5 ЭНТЕРИТ И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ТОНКОЙ КИШКИ**

### ***К50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)***

К50.0 Болезнь Крона тонкой кишки

К50.1 Болезнь Крона толстой кишки

К50.8 Другие разновидности болезни Крона

К50.9 Болезнь Крона неуточненная

### ***К90 Нарушение всасывания в кишечнике***

К90.0 Целиакия

К90.8 Другие нарушения всасывания в кишечнике

К90.9 Нарушение всасывания в кишечнике неуточненное

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: бактериальные, вирусные, аллергические, глистные, паразитарные, иммунологические и др.
2. Клинические формы: острый энтерит, глютенная энтеропатия, дисахаридазная недостаточность, интестинальная липодистрофия, экссудативная энтеропатия, болезнь Крона (гранулематозный регионарный энтерит), функциональные и органические изменения тонкой кишки, как системные проявления других заболеваний (диабетической энтеропатии, синдрома избыточного роста микрофлоры в тонкой кишке, интестинальной ишемии, инфильтративных поражений тонкой кишки на фоне лимфомы, склеродермии, амилоидоза).
3. Синдромные проявления:
  - а) нарушения всасывания (I, II, III степени тяжести);
  - б) вид микрофлоры, заселяющей тонкую кишку;
  - в) характер моторных нарушений кишечника;
  - г) системные проявления заболевания.
4. Фаза заболевания: обострение, ремиссия

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Болезнь Крона с поражением илеоцекальной области, хроническая рецидивирующая форма, фаза обострения.

Осложнения: частичная тонкокишечная непроходимость. В<sub>12</sub> – дефицитная анемия, легкой степени тяжести. Синдром микробной контаминации тонкой кишки.

2. Глютенная энтеропатия, типичная форма, фаза обострения.

Осложнения: синдром нарушенного кишечного всасывания III степени тяжести с нарушением белкового, жирового, минерального и витаминного обменов. Кахексия. Распространенный диффузный остеопороз. Синдром микробной контаминации тонкой

кишки. Гипермоторная дискинезия кишечника. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

3. Хронический постинфекционный энтерит, фаза обострения.

Осложнения: синдром нарушенного кишечного всасывания I степени тяжести. Синдром микробной контаминации (энтерококковой) тонкой кишки. Гипермоторная дискинезия кишечника.

### **3.6 ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

#### ***К51 Язвенный колит***

К51.0 Язвенный (хронический) энтероколит

К51.1 Язвенный (хронический) илеоколит

К51.2 Язвенный (хронический) проктит

К51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит

К51.4 Псевдополипоз ободочной кишки

К51.5 Мукозный проктоколит

К51.8 Другие язвенные колиты

К51.9 Язвенный колит неуточненный

#### ***К52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты***

#### ***К57 Дивертикулярная болезнь кишечника***

#### ***К58 Синдром раздраженного кишечника***

К58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей

К58.0 Синдром раздраженного кишечника с запором

К58.0 Синдром раздражённого кишечника смешанный

К 58.0 Неклассифицированный СРК.

#### ***К59 Другие функциональные кишечные нарушения***

К59.0 Запор

К59.1 Функциональная диарея

К59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Клинические формы, распространенность процесса.
2. Степень тяжести заболевания: легкая, средней степени тяжести, тяжелая.
3. Формы дискинезии толстой кишки: гипомоторная, гипермоторная, спастическая, смешанная.
4. Фазы заболевания: обострения, ремиссии.
5. Осложнения.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Неспецифический язвенный левосторонний колит, хроническое рецидивирующее течение, средней степени тяжести, умеренной активности.

Осложнения: постгеморрагическая железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Неспецифический язвенный колит, острая форма, тяжелое течение, тотальное поражение толстой кишки выраженная активность воспаления.

Осложнения: токсическая дилатация толстой кишки.

3. Хронический неязвенный постдизентерийный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивный, среднетяжелая форма, непрерывное течение, фаза обострения, нарушение моторной функции по гипермоторному типу, выраженная бродильная диспепсия.

4. Хронический неязвенный катаральный колит на фоне протейного дисбактериоза, преимущественно тифлит, легкая форма, рецидивирующее течение с нарушением моторной функции по гипомоторному типу, фаза обострения.

5. Синдром раздраженного кишечника, вариант, протекающий с преобладанием запоров. Гипомоторная дискинезия толстой кишки.
6. Синдром раздраженного кишечника, вариант, протекающий с преобладанием диареи. Гипермоторная дискинезия толстой кишки. Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке.

## **IV. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

### **4.1 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД)**

**E10 – E14 Сахарный диабет**

E10 - сахарный диабет 1 типа

E11 – сахарный диабет 2 типа

**Компоненты клинического диагноза**

## 1. Форма сахарного диабета.

Таблица 17

<b>Тип СД</b>	<b>Характеристика заболевания</b>
Сахарный диабет 1 типа * Аутоиммунный * Идиопатический	Деструкция β-клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет 2 типа	С преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным дефектом секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без неё
Гестационный СД	Возникает во время беременности
Другие типы сахарного диабета	Генетические дефекты функции β-клеток Генетические дефекты в действии инсулина Болезни экзокринной части поджелудочной железы Эндокринопатии Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями Диабет, индуцированный инфекциями Необычные формы иммунно-опосредованного диабета Другие генетические синдромы, сочетающиеся с СД

## Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

### 2. Степень тяжести заболевания.

Таблица 18

#### Определение степени тяжести сахарного диабета

Сахарный диабет легкого течения	Нет микро- и макрососудистых осложнений диабета
Сахарный диабет средней тяжести	<p>Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия (1 стадия)</p> <p>Диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии</p> <p>Диабетическая полинейропатия</p>
Сахарный диабет тяжелого течения	<p>Диабетическая ретинопатия, препролиферативная или пролиферативная стадия (2 – 3 стадия)</p> <p>Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии или хронической почечной недостаточности</p> <p>Автономная (вегетативная) нейропатия</p> <p>Макроангиопатии: постинфарктный кардиосклероз; ХСН состояние после инсульта или преходящего нарушения мозгового кровообращения; окклюзионное поражение нижних конечностей</p>

### 3. Состояние компенсации углеводного обмена.

Таблица 19

#### Критерии компенсации углеводного обмена

Показатель		Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
СД 1 типа	НbA1c	6,0 – 7,0	7,1 – 7,5	> 7,5
	Гликемия натощак	5,0 - 6,0	6,1 – 6,5	> 6,5
	Гликемия 2 часа после еды	7,5 – 8,0	8,1 – 9,0	> 9,0
	Гликемия перед сном	6,0 – 7,0	7,1 – 7,5	> 7,5
СД 2 типа	НbA1c	6,0 – 6,5	6,6 – 7,0	> 7,0
	Гликемия натощак	5,0 - 5,5	5,6 – 6,5	> 6,5
	Гликемия 2 часа после еды	< 7,5	7,5 – 9,0	> 9,0
	Гликемия перед сном	6,0 – 7,0	7,1 – 7,5	> 7,5

### 4. Стадии диабетической микроангиопатии (ретинопатии, нефропатии), нейропатии и другие проявления сахарного диабета (жировой гепатоз, парадонтоз, дерматопатия и пр.)

#### Классификация диабетической ретинопатии

1. Непролиферативная стадия: микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудаты, макулопатия (экссудативная, ишемическая, отечная)
2. Препролиферативная стадия: мягкие экссудативные очаги, неравномерный калибр сосудов, интравитреальные микрососудистые аномалии

3. Проллиферативная стадия: неоваскуляризация области диска зрительного нерва и на периферии сетчатки, кровоизлияния в стекловидное тело, преретинальные кровоизлияния.
- Примечание:* указывается стадия ретинопатии для каждого глаза, а также год проведения лазерфотokoагуляции или оперативного лечения (если проводилось).

#### **Классификация диабетической нефропатии**

1. Стадия микроальбуминурии.
2. Стадия протеинурии с сохраненной азотовыделительной функцией почек.
3. Стадия хронической почечной недостаточности.

#### **Классификация диабетической нейропатии**

1. Поражение центральной нервной системы: энцефалопатия; миелопатия;
2. Поражение периферической нервной системы:
  - 2.1 Диабетическая полинейропатия:
    - сенсорная форма (симметричная, несимметричная)
    - моторная форма (симметричная, несимметричная)
    - сенсомоторная форма (симметричная, несимметричная)
  - 2.2 Диабетическая мононейропатия (изолированное поражение проводящих путей черепных или спинномозговых нервов);
  - 2.3 Автономная (вегетативная) нейропатия; представлена формами: кардиоваскулярная, гастроинтестинальная, урогенитальная, бессимптомная гипогликемия и др.

#### **Классификация синдрома диабетической стопы**

1. Нейропатическая форма: - без остеоартропатии;
  - с диабетической остеоартропатией (сустав Шарко).
2. Нейро-ишемическая форма.
3. Ишемическая форма.

#### **Степень выраженности язвенного дефекта при синдроме диабетической стопы:**

- 0 степень - язвенный дефект отсутствует, но есть сухость кожи, клювовидная деформация пальцев, выступание головок метатарзальных костей, другие костные и суставные аномалии.
- 1 степень – поверхностная язва без признаков инфицирования.
- 2 степень – глубокая язва, обычно инфицированная, но без вовлечения в процесс костной ткани.
- 3 степень – глубокая язва с образованием абсцесса при вовлечении в процесс костной ткани.
- 4 степень – ограниченная гангрена (пальца или стопы).
- 5 степень – гангрена всей стопы.

5. Сопутствующие заболевания, в том числе проявления диабетической макроангиопатии: ИБС, ХСН, ГБ, цереброваскулярные заболевания, периферическая ангиопатия, дислипидемия.

#### **Пример формулировки диагноза**

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, состояние декомпенсации.

Осложнения: ретинопатия препролиферативная стадия, нефропатия стадия протеинурии с сохраненной азотовыделительной функцией почек. Симптоматическая артериальная гипертензия III стадия. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий). ХСН I стадии, II ФК. Дистальная полинейропатия сенсомоторная форма выраженные проявления, синдром диабетической стопы нейропатическая форма без остеоартропатии с наличием язвенного дефекта I ст. Автономная нейропатия гастроинтестинальная форма, жировой гепатоз, парадонтоз.

## 4.2 ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**E01.0 Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью**

E01.1 Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью

E 02.0 Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности

**E 05.0 Диффузный токсический зоб**

E 05.1 Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом

E 05.2 Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом

E 06.1 Подострый тиреоидит

E 06.2 Аутоиммунный тиреоидит с тиреотоксикозом

E 06.3 Аутоиммунный тиреоидит

E 06.5 Фиброзный тиреоидит

### Компоненты клинического диагноза

1. Форма заболевания щитовидной железы

- Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса, Базедова болезнь).
- Подострый тиреоидит.
- Аутоиммунный тиреоидит (болезнь Хасимото).
- Послеродовый и безболезненный тиреоидит
- Тиреотоксическая аденома (болезнь Пламмера).
- Диффузный и многоузловой зоб.
- Эндемический зоб.

2. Степень увеличения щитовидной железы (ВОЗ, 2001 год).

0 ст. - Зоба нет (размер доли не превышает размера дистальной фаланги большого пальца обследуемого)

I ст. – Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи (отсутствует видимое увеличение щитовидной железы). Сюда же относятся узловые образования, которые не приводят к увеличению самой щитовидной железы.

II ст. – Зоб четко виден при нормальном положении шеи.

3. Функция щитовидной железы и степень тяжести ее нарушений:

1. Нормальная - эутиреоз.
2. Повышенная - тиреотоксикоз (гипертиреоз).
3. Пониженная - гипотиреоз.

### Классификация степени тяжести тиреотоксикоза

I (легкая) – нерезко выраженная симптоматика, пульс не более 100 в 1 минуту, ТТГ ниже нормы, Т-3 и Т-4 в норме или повышены;

II (средняя) – отчетливо выраженная симптоматика при значительной потере массы тела, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, тахикардия 100-120 в минуту), ТТГ ниже нормы, Т-3 и Т-4 повышены;

III (тяжелая) – (висцеропатическая форма) выраженный дефицит массы тела, тахикардия выше 120 в минуту, нередко фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, желтуха, гипергликемия, ТТГ ниже нормы, Т-3 и Т-4 повышены.

### Классификация степени тяжести гипотиреоза

I (легкая) – клиническая картина выражена слабо или отсутствует, ТТГ выше нормы, Т-3 и Т-4 в норме;

II (средняя) – отчетливая клиническая картина, ТТГ повышен, Т-3 и Т-4 понижены.

III (тяжелая) – наличие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы с явлениями сердечной недостаточности, тиреопривная анемия и другие осложнения со стороны внутренних органов и систем, ТТГ повышен, Т-3 и Т-4 понижены.

4. Наиболее значимые осложнения, которые необходимо выносить в диагноз:

Таблица 20

#### Осложнения при нарушениях функции щитовидной железы

При тиреотоксикозе	При гипотиреозе
метаболическая кардиомиопатия с (или без) мерцательной аритмией; ХСН; симптоматическая АГ; тиреотоксическая дистрофия печени; тиреотоксическая энтеропатия; вторичный сахарный диабет;	метаболическая кардиомиопатия; ХСН; энцефалопатия; энтеропатия; тиреопривная анемия;

5. Аутоиммунная офтальмопатия (при наличии клинических проявлений) и степень ее выраженности.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Диффузный токсический зоб II степени, тиреотоксикоз III степени тяжести. Осложнение: специфическая метаболическая кардиомиопатия эндокринного генеза. Нарушения ритма сердца: постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. ХСН IIА стадии, II ФК. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Риск 3 (высокий).

2. Аутоиммунный тиреоидит, зоб I степени, гипотиреоз II степени.

Осложнение: метаболическая кардиомиопатия эндокринного генеза. ХСН I стадии, I ФК.

### 4.3 ПАТОЛОГИЯ ГИПОФИЗА

#### 4.3.1 Аденома гипофиза

#### *E22 Гиперфункция гипофиза*

E 22.0 Акромегалия и гипофизарный гигантизм

E 22.1 Гиперпролактинемия

E 22.2 Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона

#### Компоненты клинического диагноза

Диагноз должен в себя включать характеристику аденомы по размерам и виду секретируемого гормона, а также уточнение характера осложнений гиперпродукции гормонов.

1. Вид секретирующих гормонов: ПРЛ, СТГ, АКТГ, ЛГ и/или ФСГ, смешанные, &-субъединица.

2. Размеры аденомы: микроаденомы (диаметр менее 10 мм), макроаденомы (диаметр 10-30 мм), гигантские аденомы (диаметр более 30 мм).

3. Происхождение:

- первичные гипофизарные
- вторичные (вследствие гипофункции периферических эндокринных желез)
- опухоли, обусловленные эктопической секрецией рилизинг-гормонов

4. Осложнения: гипогонадизм, акромегалия, вторичный сахарный диабет и др.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Микропролактинома, гиперпролактинемический гипогонадизм.
2. Акромегалия, активная форма; макроаденома гипофиза (соматотропинома) без нарушения зрительных функций. Вторичный сахарный диабет.

### **4.3.2 Гипофункция гипофиза**

#### ***E23 Гипофункция и другие нарушения гипофиза***

E 23.0 Гипопитуитаризм

E 23.1 Медикаментозный гипопитуитаризм

E 23.2 Несахарный диабет

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: послеродовая, лучевая, ишемический некроз гипофиза и др.
2. Выпавшие функций аденогипофиза: гипотиреоз, гипокортицизм, гипогонадизм и др.

#### **Пример формулировки диагноза**

Послеродовый пангипопитуитаризм; вторичный гипотиреоз II степени тяжести, вторичный гипокортицизм I степени тяжести.

#### **Классификация несахарного диабета:**

1. центральный (гипоталамо-гипофизарный):
  - идиопатический (1/3 всех случаев)
  - симптоматический (ЧМТ, оперативные вмешательства на гипоталамо-гипофизарной области, опухоли ЦНС, менингит, энцефалит и др)
  - наследственный
2. почечный (преимущественно наследственный, но может быть и на фоне гиперкальциемии и гипокалиемии, серповидноклеточной анемии, на фоне приема препаратов лития).

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Идиопатический несахарный диабет.
2. Симптоматический несахарный диабет после транскраниальной аденомэктомии (соматотропиномы).

#### **Классификация соматотропной недостаточности (дефицит гормона роста):**

1. Врожденный дефицит гормона роста:
  - Генетический
  - Идиопатический дефицит релизинг-гормона гормона роста
  - Дефекты развития гипоталамо-гипофизарной системы
2. приобретенный дефицит гормона роста (опухоли, травмы, инфекции сосудистая патология, облучение мозга, транзиторный, психосоциальный и др.)
3. периферическая резистентность к действию гормона роста

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Идиопатический гипофизарный нанизм.
2. Транзиторный нанизм (конституциональная задержка роста и пубертата)

## **4.4 АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

### ***E25.0 Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов***

### **Компоненты клинического диагноза**

В нашей стране принято обозначение адреногенитального синдрома, связанного с дефицитом ферментов, как врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН). Более 90% всех случаев ВДКН обусловлены дефицитом P450c21, остальные формы встречаются крайне редко. Выделяют 3 варианта дефицита P450c21:

- ВДКН сольтеряющая форма
- ВДКН простая вирильная форма
- ВДКН неклассическая форма (постпубертатная)

### **Пример формулировки диагноза**

Врожденная дисфункция коры надпочечников, вирильная форма.

## **4.5 СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА**

### ***E24.0 Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения***

E24.1 Синдром Нельсона

E24.2 Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга

E24.3 Эктопический АКТГ-синдром

E24.4 Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем

### **Классификация заболеваний надпочечников:**

1. Тотальный гиперкортицизм.
2. Парциальный гиперкортицизм.
3. Дисфункция коры надпочечников.
4. Гипокортицизм.
5. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников (инсиденталомы).
6. Феохромоцитома.

### **Классификация тотального гиперкортицизма:**

1. Эндогенный гиперкортицизм:
  - Болезнь Иценко-Кушинга (БИК) - опухоль гипофиза.
  - синдром Иценко-Кушинга – опухоль надпочечника (кортикостерома, кортикобластома).
  - АКТГ-эктопированный синдром.
2. Экзогенный гиперкортицизм: длительное введение глюкокортикоидов.
3. Функциональный гиперкортицизм: пубертатно-юношеский диспитуитаризм, гипоталамический синдром, беременность, ожирение, сахарный диабет, алкоголизм, заболевания печени.

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы и клинические синдромы гиперкортицизма.
2. Размеры аденомы при БИК.
3. Степень тяжести БИК:
  - легкая форма: 3 - 4 синдрома, характерных для гиперкортицизма
  - средняя степень тяжести: все синдромы, но без осложнений со стороны систем органов
  - тяжелая форма: выраженные синдромы и осложнения со стороны систем органов, острый психоз.
4. Скорость развития заболевания при БИК.
  - быстро прогрессирующее (3-6 месяцев)
  - торпидное (1-10 лет)

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Болезнь Иценко-Кушинга (микроаденома), торпидное течение, тяжелая форма. Симптоматический сахарный диабет 2 ст.тяжести. Диспластическое ожирение II ст. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий). Остеопороз с компрессионным переломом тел V и VI грудных позвонков.

2. Синдром Иценко-Кушинга (кортикостерома правого надпочечника). Симптоматический сахарный диабет 2 ст.тяжести. Диспластическое ожирение I ст. Симптоматическая артериальная гипертензия II ст. Степень АГ 1. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

#### **Классификация парциального гиперкортицизма:**

- андростерома (злокачественная андростерома) – вирилизирующая опухоль коры надпочечника
- первичный гиперальдостеронизм
- кортикоэстрома (злокачественная кортикоэстрома) – феминизирующая опухоль коры надпочечника
- смешанные опухоли коры надпочечника

### **4.6 ПАТОЛОГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

#### ***E26 Гиперальдостеронизм***

E26.0 Первичный гиперальдостеронизм

E26.1 Вторичный гиперальдостеронизм

E26.8 Другие формы гиперальдостеронизма

#### ***E27 Другие нарушения надпочечников***

E27.1 Первичная недостаточность коры надпочечников

*Исключены: болезнь Аддисона туберкулезной этиологии (A18.7)*

*Синдром Уотерхауса-Фридериксена (A39.1)*

E27.2 Аддисонов криз

E27.3 Медикаментозная недостаточность коры надпочечников

E27.4 Другая и неуточненная недостаточность коры надпочечников

*Исключены: адренолейкодистрофия (E71.3)*

E27.5 Гиперфункция мозгового слоя надпочечников

#### **Компоненты клинического диагноза**

#### **(классификация надпочечниковой недостаточности)**

1. Первичная надпочечниковая недостаточность:

- аутоиммунная деструкция коры надпочечника (ПС1 и 2)
- туберкулез надпочечника
- адренолейкодистрофия
- ятрогенная (двусторонняя адреналэктомия)
- метастазы и опухоли надпочечников
- геморрагический инфаркт надпочечников
- редкие причины (амилоидоз, грибы, сифилис и т.п.)

2. Вторичная надпочечниковая недостаточность:

- лечение болезни Иценко-Кушинга
- гипопитуитаризм
- изолированный дефицит АКТГ

3. Третичная надпочечниковая недостаточность.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Первичная надпочечниковая недостаточность аутоиммунного генеза.

2. Вторичная надпочечниковая недостаточность после лучевой терапии (протонотерапии) болезни Иценко-Кушинга.

**Компоненты клинического диагноза  
(гиперфункция мозгового слоя надпочечников)**

1. Топическая характеристика опухоли.
2. Форма артериальной гипертензии: постоянная, пароксизмальная или смешанная.
3. Осложнения: нарушение мозгового кровообращения, ИБС, ХСН и др.

**Примеры формулировки диагноза**

1. Феохромоцитома (опухоль мозгового вещества правого надпочечника), пароксизмальная форма.
2. Феохромоцитома (двухсторонняя опухоль мозгового вещества надпочечников), постоянная форма.

## 4.7 ОЖИРЕНИЕ И ДРУГИЕ ВИДЫ ИЗБЫТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

*E65 Локализованное отложение жира*

*E66 Ожирение*

*Исключены:* адипозогенитальная дистрофия (E23.6)

Болезнь Деркума (E88.2)

Синдром Прадера-Вилли (Q87.1)

E66.0 Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов

E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств

E66.2 Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией

**Компоненты клинического диагноза**

1. Клинико-этиологическая характеристика ожирения.

1. Алиментарно-конституциональное: семейные формы, систематическое переедание, нарушение режима питания, малоподвижность.

2. Гипоталамическое: опухоли, воспаления, травмы и повреждения при операции, пубертатно-юношеский диспитуитаризм.

3. Эндокринное: гиперкортицизм, гипогонадизм, гипотиреоз, гиперинсулинизм, гипопитуитаризм.

4. Лекарственное: инсулин, кортикостероиды, препараты фенотиазинового ряда, трициклические антидепрессанты

5. Генетически обусловленное:

- синдром Прадера-Вилли (гиперфагия, ожирение, сахарный диабет, гипотония, умственная отсталость)

- синдром Альстрема

- синдром Лоренса-Муна-Барде-Бидля (гиперфагия, ожирение, умственная отсталость, гипогонадизм, пигментный ретинит, полидактилия)

- синдром Морганьи-Стюарта-Морелла (гиперостоз лобной кости, ожирение, дисфункция яичников, гирсутизм, упорные головные боли, сахарный диабет, “диабет бородатых женщин”)

- синдром Симондса-Глинского (“нижний” тип ожирения, полное отсутствие жира на лице “лицо ведьмы”)

- синдром Маделунга или Деркума (болезненные липоматозные узлы)

2. Тип ожирения:

- гиноидное – нижний, ягодично-бедренный или женский тип ожирения; отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) <0,8 для женщин и <0,9 для мужчин;
- андронидное – верхний, абдоминальный или мужской тип; ОТ/ОБ > 0,8 для женщин и > 0,9 для мужчин;
- смешанное.

3. Степень повышения массы тела, определяется по индексу массы тела (ИМТ)= вес (кг)/рост (м)<sup>2</sup>:

Таблица 21

**Степени изменения массы тела**

<b>ИМТ (кг/м<sup>2</sup>)</b>	<b>Степень</b>
< 18,5	низкая масса тела
18,5 – 24,9	Нормальная масса тела
25 – 29,9	I степень
30 – 39,9	II степень
> 40	III степень

**Примеры формулировки диагноза**

1. Алиментарно-конституциональное ожирение по абдоминальному типу (ОТ/ОБ 1,0) II степени (ИМТ 38 кг/м<sup>2</sup>).
2. Пубертатно-юношеский диспитуитаризм с ожирением по абдоминальному типу (ОТ/ОБ 1,1) I степени (ИМТ 28,5 кг/м<sup>2</sup>).

**V. БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

## **5.1. ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

### **5.1.1 Бессимптомная бактериурия**

N39.0 Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) без установленной локализации

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование ИМП.
2. Этиологические факторы: бактериальный, вирусный, грибковый.
3. Варианты течения: острая, рецидивирующая.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острая инфекция мочевых путей (*E. coli*).
2. Рецидивирующая стрептококковая инфекция мочевых путей.

### **5.1.2 Хронический пиелонефрит**

*N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (хронический инфекционный интерстициальный нефрит, пиелит, пиелонефрит)*

N11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом

N11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит

N11.8 Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты

N 11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточнённый

*N13 Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия*

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование ИМП (хронический пиелонефрит).
2. Этиологические факторы (если идентифицированы): бактериальный, вирусный, грибковый, туберкулёзный.
3. Фаза заболевания: активная фаза, или фаза обострения; неактивная фаза, или фаза ремиссии.
4. Состояние функции почек: хроническая почечная недостаточность (ХПН) с указанием стадии, при сохранении суммарной функции почек указание на снижение парциальных способностей почек: концентрационной, секреторной, фильтрационной, экскреторной).
5. Наличие других осложнений хронического пиелонефрита: АГ, ХСН, гнойно-септических осложнений, паранефрита, нефросклероза (одно - или двухстороннего).
6. Проводимые ранее оперативные вмешательства: вид операции, дата её проведения.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический пиелонефрит (*E. coli*), активная фаза, со снижением концентрационной способности почек, ХПН I А ст. Нефрогенная артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий). ХСН I стадии, ФК I. Правосторонний нефросклероз; состояние после правосторонней нефролитотомии (1988).
2. Хронический пиелонефрит (*Proteus mirabilis*), фаза ремиссии, без нарушения суммарной функции почек, ХПН 0.

### **5.1.3 Хронический цистит**

### ***N30 Цистит***

N30.0 Острый цистит

N30.1 Интерстициальный цистит (хронический)

N30.2 Другой хронический цистит

N30.3 Тригонит (уретротригонит)

N30.4 Лучевой цистит

N30.8 Другие циститы

N30.9 Цистит

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование ИМП (хронический цистит).
2. Этиологический фактор: бактериальный, вирусный, грибковый, туберкулёзный, радиационный, лекарственный, токсический и т.д.
3. Клиническая характеристика: острый, хронический.
4. Характер воспалительного процесса: катаральный, гнойный, интерстициальный, геморрагический.
5. Фаза заболевания: обострения, ремиссии.
6. Течение заболевания: редко (менее 3 р/год), часто рецидивирующий (3 и более р/год), непрерывно рецидивирующий или прогрессирующий.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический катаральный цистит (*E. coli*), фаза обострения, часто рецидивирующее течение.
2. Хронический катаральный цистит (*Streptococcus spp.*), фаза ремиссии, редко рецидивирующее течение.

## **5.2 ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ**

N11.8 Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты (ТИН).

N 11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточнённый

***N12 Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточнённый как острый или хронический***

***N14 Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжёлыми металлами***

N14.0 Нефропатия, вызванная анальгетическими средствами

N14.1 Нефропатия, вызванная другими лекарственными средствами, медикаментами или биологически активными веществами

N14.2 Нефропатия, вызванная неуточнённым лекарственным средством, медикаментом и биологически активным веществом

N14.3 Нефропатия, вызванная тяжёлыми металлами

N14.4 Токсическая нефропатия, не классифицированная в других рубриках

***N15 Другие тубулоинтерстициальные болезни почек***

N15.0 Балканская нефропатия

N15.8 Другие уточнённые тубулоинтерстициальные поражения почек

N15.9 Тубулоинтерстициальное поражение почек неуточнённое

***N16 Тубулоинтерстициальные поражения почек при болезнях, классифицированных в других рубриках***

N16.0 Тубулоинтерстициальное поражение почек при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (при бруцеллёзе (A23.-), дифтерии (A36.8), сальмонеллёзе (A02.2), септицемии (A40-A41), токсоплазмозе (B58.8))

N16.1 Тубулоинтерстициальное поражение почек при новообразованиях (при лейкозе (C91-C95), лимфоме (C81-C85, C96.-)), множественной миеломе (C90.0))

N16.2 Тубулоинтерстициальное поражение почек при болезнях крови и нарушениях, вовлекающих иммунный механизм (при смешанной криоглобулинемии (D89.1), саркоидозе (D86.-))

N16.3 Тубулоинтерстициальное поражение почек при нарушениях обмена веществ (при цистинозе (E72.0), болезни накопления гликогена (E74.0), болезни Вильсона (E83.0))

N16.4 Тубулоинтерстициальное поражение почек при системных болезнях соединительной ткани

N16.5 Тубулоинтерстициальное поражение почек при отторжении трансплантата (T86.-)

N16.8 Тубулоинтерстициальное поражение почек при других болезнях, классифицированных в других рубриках

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование заболевания (ТИН, син.: интерстициальный нефрит).

2. Этиологический фактор:

а) первичный – лекарственный, инфекционный, иммуноопосредованный, метаболический, наследственный, при гематологических болезнях, Балканская нефропатия.

б) вторичный – гломерулярные заболевания, сосудистые заболевания, кистозные заболевания, обструктивные нефропатии, рефлюкс-нефропатии.

3. Клиническая характеристика: острый, хронический.

4. Фаза заболевания: при хроническом ТИН – активная (обострение) фаза, неактивная (ремиссия) фаза, возможно монотонное течение заболевания, при котором не представляется возможным выделить фазу болезни, в этом случае она не указывается.

5. Состояние функции почек: ОПН с указанием формы, стадии, даты развития, ХПН с указанием стадии, при сохранении суммарной функции почек указание на снижение парциальных способностей почек: концентрационной, секреторной, фильтрационной, экскреторной.

6. Другие осложнения хронического ТИН: АГ, ХСН, нефросклероз (одно-, двухсторонний).

7. Указание на проводимые операции ГД, ПД и др. (дата проведения).

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Острый лекарственный интерстициальный нефрит (вследствие приёма ампициллина), острое снижение концентрационной функции почек.

2. Острый вирусный интерстициальный нефрит, вызванный ВИЧ. Или ВИЧ-инфекция с поражением почек по типу острого интерстициального нефрита.

3. Острый токсический тубулоинтерстициальный нефрит (употребление суррогатов алкоголя 20.03.04г.), ренальная ОПН (20.03.2004г.), стадия анурии, лечение ГД (21.03.2004 – 28.03.2004 – 6 процедур).

4. Хронический лекарственный интерстициальный нефрит (вследствие приёма анальгина), ХПН IIА стадии.

5. Подагра, обострение, активность 3 степени, хронический интерстициальный нефрит (подагрическая нефропатия), ХПН IБ стадии.

### **5.3 ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ**

#### ***N00 Острый нефритический синдром***

N01 Быстро прогрессирующий нефритический синдром

N02 Рецидивирующая и устойчивая гематурия

N03 Хронический нефритический синдром

N04 Нефротический синдром

N05 Нефритический синдром неуточнённый

N06 Изолированная протеинурия с уточнённым морфологическим поражением

N07 Наследственная нефропатия, не классифицированная в других рубриках

Для рубрик N00 – N07 могут использоваться следующие четвёртые знаки:

- N00-07.0 Незначительные гломерулярные нарушения (минимальное повреждение)
- N00-07.1 Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения (очаговый и сегментарный гиалиноз и склероз)
- N00-07.2 Диффузный мембранозный гломерулонефрит
- N00-07.3 Диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит
- N00-07.4 Диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит
- N00-07.5 Диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит
- N00-07.6 Болезнь плотного осадка (мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит 2 типа)
- N00-07.7 Диффузный серповидный гломерулонефрит (экстракапиллярный гломерулонефрит)
- N00-07.8 Другие изменения
- N00-07.9 Неуточнённое изменение

### 5.3.1 Острый гломерулонефрит

#### Компоненты клинического диагноза

1. Наименование заболевания (острый гломерулонефрит).
2. Этиологический фактор (бактериальный (в подавляющем большинстве случаев –  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А), вирусный).
3. Фаза заболевания (активная фаза, фаза реконвалесценции).
4. Осложнения: ренальная ОПН (указать дату развития, стадию), отёк головного мозга, лёгких, геморрагический инсульт и т.д. с указанием даты развития.
5. Указание на проводимые операции ГД, ПД и др. (дата проведения), пункционной нефробиопсии (дата проведения) в случае их выполнения.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, ренальная олигурическая ОПН (15.11.2004) в стадии восстановления диуреза.
2. Острый диффузный интракапиллярный гломерулонефрит без нарушения суммарной функции почек.

### 5.3.2 Быстро прогрессирующий гломерулонефрит

#### Компоненты клинического диагноза

1. Наименование заболевания (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, син.: злокачественный, подострый, гломерулонефрит с полулуниями, экстракапиллярный гломерулонефрит).
2. Этиологический фактор и клиническая форма:
  - Первичный:
    - Тип I – с антителами к гломерулярной базальной мембране
    - Тип II – с циркулирующими иммунными комплексами
    - Тип III – неуточнённой природы
  - Вторичный: инфекции (постстрептококковый, инфекционный эндокардит, шунт-нефрит, висцеральные абсцессы и т.д.); системные заболевания соединительной ткани (синдром Гудпасчура, геморрагический васкулит, узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера, смешанная криоглобулинемия, микрокристаллический полиартериит).
  - Осложнение первичной гломерулопатии - при мембранозной нефропатии или мембранознопролиферативном гломерулонефрите.
3. Морфологическая картина (при проведении нефробиопсии – экстракапиллярный, или нефрит с полулуниями: клеточными, фиброзными, фиброзно-клеточными, с или без тубулоинтерстициального компонента).
4. Фаза заболевания (активная фаза, фаза реконвалесценции).

5. Осложнения: ренальная ОПН (указать дату развития, стадию), отёк головного мозга, лёгких, геморрагический инсульт и т.д. с указанием даты развития, гнойно-септические осложнения, тромбозы и кровотечения, ХПН с указанием стадии, АГ, ХСН.
6. Указание на проводимые операции ГД, ПД и др. (дата проведения), пункционной нефробиопсии (дата проведения) в случае их выполнения.

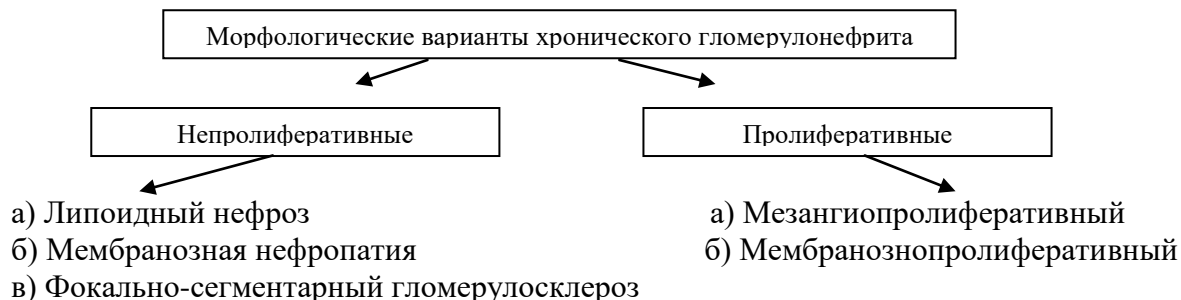
### Примеры формулировки диагноза

1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит, активная фаза. Нефрогенная артериальная гипертензия III стадии. Степень АГ 3. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий). ХСН I стадии, II ФК, ХПН IIА стадии.
2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (фиброзные полулуния), активная фаза, ренальная ОПН (10.04.2004), стадия анурии, лечение ГД с ультрафильтрацией (12.04.2004 – 15.04.2004 – 4 процедуры). Нефрогенная артериальная гипертензия III стадии. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий). ХСН I стадии, II ФК.

### 5.3.3 Хронический гломерулонефрит

#### Компоненты клинического диагноза

1. Наименование заболевания (хронический гломерулонефрит).
2. Клинический вариант: латентный (мочевой синдром – гематурия и/или протеинурия менее 3,5 г/сут), гипертонический (характеризуется нефритическим синдромом - мочевой синдром, гипергидратация, АГ), нефротический (облигатные критерии: протеинурия более 3,5 г/сут, гипоальбуминемия менее 30 г/л, факультативные критерии: гиперлипидемия, гиперкоагуляция, гипергидратация и др.), смешанный или нефротически-гипертонический (сочетание нефротического синдрома с АГ).
3. Морфологический вариант



Фибропластический (склерозирующий) – исход других форм гломерулонефрита.

4. Фаза заболевания (активная фаза, фаза реконвалесценции).
5. Осложнения: ренальная ОПН (указать дату развития, стадию), ХПН с указанием стадии, АГ с указанием стадии, степени, группы риска; стадии и функционального класса ХСН.
6. Указание на проводимые операции ГД, ПД и др. (дата проведения, или мес и год начала терапии в случае программного лечения ГД или ПД), пункционной нефробиопсии (дата проведения) в случае их выполнения.

### Примеры формулировки диагноза

1. Хронический гломерулонефрит, латентный вариант (гематурический), обострение, ХПН0, ХБП 1 ст.
2. Хронический гломерулонефрит: мембранозная нефропатия, нефротический вариант, обострение, ХПН IБ стадии, ХБП 2 ст.
3. Мембранознопролиферативный гломерулонефрит, обострение, смешанный вариант (нефротический синдром, нефрогенная артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Риск 3 (высокий). ХПН IIА стадии, ХБП 3 ст.

*Примечание:* термин “хронический” можно опускать в диагнозе, если известна морфологическая форма нефрита.

## 5.4 АМИЛОИДОЗ

### **E85 Амилоидоз**

E85.0 Наследственный семейный амилоидоз без невропатии (семейная средиземноморская лихорадка, наследственная амилоидная нефропатия)

E85.1 Невротический наследственный семейный амилоидоз (амилоидная полиневропатия)

E85.2 Наследственный семейный амилоидоз неуточнённый

E85.3 Вторичный системный амилоидоз (амилоидоз, связанный с гемодиализом)

E85.4 Ограниченный амилоидоз (локализованный амилоидоз)

E85.8 Другие формы амилоидоза

E85.9 Амилоидоз неуточнённый

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование болезни (амилоидоз почек).
2. Указание на поражение других органов с отметкой об их функциональном состоянии (печень, сердце, периферическая нервная система и т.д.).
3. Клинические формы: системные и локальные.

Таблица 22

### **Номенклатура и классификация системного амилоидоза (ВОЗ, 1993)**

<b>Белок амилоида</b>	<b>Белок-предшественник</b>	<b>Вариант белка</b>	<b>Клиническая форма</b>
AA	ApoSAA		Вторичный амилоидоз; периодическая болезнь; синдром Макла-Уэльса
AL	$\lambda$ ( $\lambda_{VI}$ ) $\alpha$ ( $\alpha_{III}$ )	$A\lambda_{VI}$ , $A\alpha_{III}$	Первичный амилоидоз; ассоциированный с В-лимфоцитарными дискразиями амилоидоз
ATTR	Транстиретин	$Met^{30}$ , $Met^{III}$ Транстиретин с нормальной аминокислотной последовательностью	Семейная амилоидная полинейропатия Семейная амилоидная кардиопатия Системный старческий амилоидоз
A $\beta$ M	$\beta_2$ Микроглобулин		Связанный с хроническим гемодиализом амилоидоз

К локальным формам амилоидоза в настоящее время относят болезнь Альцгеймера (А-бета, фибриллы состоят из бета-протеина, откладывающегося в головном мозге); амилоидоз островков поджелудочной железы, возможно имеющий патогенетическую связь с сахарным диабетом 2 типа; амилоидоз, возникающий в эндокринных опухолях; амилоидные опухоли кожи, назофарингеальной области, мочевого пузыря, AANF-амилоидоз (заинтересован предсердный натрийуретический фактор) и другие редкие виды.

4. Особенности поражения почек: протеинурическая, нефротическая, редко – нефритическая формы.

5. Состояние функции почек: ХПН, стадия, ОПН, форма, стадия, дата развития.

6. Указание на проводимые операции ГД, ПД и др. (дата проведения, или мес и год начала терапии в случае программного лечения ГД или ПД), пункционной нефробиопсии (дата проведения) в случае их выполнения.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Системный амилоидоз с поражением почек (протеинурическая форма, ХПН IIА стадии), печени, сердца (атриовентрикулярная блокада I степени, кардиомегалия, ХСН I стадии, ПФК). Диагностическая биопсия печени (2.04.2004), левой почки (10.04.2004).
2. Амилоидоз почек, нефротический синдром, ХПН IА стадии, ХБП 2 ст.

## **5.5 КАНАЛЬЦЕВЫЕ ДИСФУНКЦИИ**

### ***N25 Нарушения, развивающиеся в результате дисфункции почечных канальцев***

N25.0 Почечная остеодистрофия

N25.1 Нефрогенный несахарный диабет

N25.8 Другие нарушения, обусловленные дисфункцией почечных канальцев

N25.9 Нарушение функции почечных канальцев

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Наименование болезни (формы канальцевых дисфункций):

- Почечный несахарный диабет
- Почечный солевой диабет (псевдогипоальдостеронизм, рецепторный гипоальдостеронизм)
- Наследственная остеодистрофия Олбрайта (псевдогипопаратиреозидизм)
- Цистинурия (цистинурия-лизинурия)
- Болезнь Хартнапа (индолацетурия)
- Цистиноз (цистиновая болезнь, синдром Абдералдена-Лигнака)
- Витамин-Д-резистентный рахит
- Идиопатический синдром Дебре-Де Тони-Фанкони (синдром Фанкони, нанизм с витамин-Д-резистентным рахитом, глюкофосфатаминовый почечный диабет)
- Врождённая гипероксалурия (оксалоз, оксалатный нефрокальциноз)
- Окуло-церебро-ренальный синдром (синдром Ловэ)
- Хронический канальцевый идиопатический ацидоз (синдром Барттлера-Олбрайта)
- Аминоацидурия типа “over flow”
- Семейная почечная гипoeлектролитемия (синдром Барттера)
- Синдром Людера-Шелдона
- Синдром Бабера-Дента
- Наследственная глицинурия
- Почечная глюкозурия (почечный диабет).

2. Состояние почечной функции (ХПН, стадия, ОПН, форма, стадия, дата развития).

3. Описание поражений внутренних органов, кожи и локомоторного аппарата при наличии таковых.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Болезнь Хартнапа, без нарушения суммарной функции почек.
2. Наследственная глицинурия, ХПН IА стадии.

## 5.6. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

Под гипертонической нефропатией (гипертоническим нефросклерозом, первично сморщенной почкой, гипертонической болезнью почек) понимают патологический процесс, заключающийся в ремоделировании почек (увеличение толщины сосудов почечной паренхимы, гломерулосклероз, тубулоинтерстициальный фиброз) вследствие системной гипертензии и нарушения ауторегуляции почечного кровотока, и проявляющийся микроальбуминурией или протеинурией или стойким снижением СКФ.

### **Классификация, формулировка диагноза**

*Артериальная гипертензия 3 стад., 2 степ., гр. риска 4, гипертоническая нефропатия, ХПН 2А ст., ХБП 4 ст.*

## 5.7. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК

### **Определение**

Под ишемической болезнью почек (ишемической нефропатией) понимают опосредованное стойким снижением объёма кровотока по магистральным и сегментарным почечным артериям ишемическое ремоделирование паренхимы почки с одной или двух сторон, проявляющееся реноваскулярной артериальной гипертензией, тубулоинтерстициальным и гломерулярным фиброзом и в конечном итоге приводящего к формированию хронической почечной недостаточности.

### **Международная классификация болезней**

N28.0 Ишемия или инфаркт почки

См. также атеросклероз

### **Классификация, формулировка диагноза**

Пример формулировки диагноза:

*Распространённый атеросклероз с поражением сосудов нижних конечностей (подвздошно-бедренных сегментов до 60%), перемежающаяся хромота 1 ст, аорты, почечных артерий с развитием ишемической болезни почек, ХПН 0 ст, ХБП 2 ст.*

*Ишемическая болезнь почек вследствие двустороннего атеросклероза почечных артерий, реноваскулярная артериальная гипертензия 3 стад., 3 степ., гр. риска 4, ХПН 1А ст., ХБП 2 ст.*

## 5.8. ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

*N18 Хроническая почечная недостаточность*

*N18.0 Терминальная стадия поражения почек*

*N18.8 Другие проявления хронической почечной недостаточности*

*N18.9 Хроническая почечная недостаточность неуточнённая*

*N19 Почечная недостаточность неуточнённая*

### **Компоненты клинического диагноза**

Этиологический фактор: хронический гломерулонефрит; хронический ТИН; хронический пиелонефрит; АГ, гипертонический нефроангиосклероз; сахарный диабет, диабетическая нефропатия; поликистозная болезнь почек и т.д.

1. Стадия ХПН.

Таблица 23

**Классификация ХПН (Рябов С. И., 2000)**

Стадия	Фаза	Название	Лабораторные критерии		Форма	Группа	Показатели, мало зависящие от степени ХПН
			креатинин, ммоль/л	фильтрация			
I	A	Латентная	норма до 0,13	норма до 50% от должной	Обратимая	0	Биохимические: мочевина, остаточный азот, азот, электролиты, кислотно-основное состояние Клинические: АД, анемия
	B			50% от должной			
II	A	Азотемическая	0,14-0,44	20-50% от должной	Стабильная	1	
	B			10-20% от должной			
III	A	Уремическая	0,72-1,24	5-10% от должной	Прогрессирующая	2	
	B			ниже 5% от должной			
			1,25 и выше			2,3	

Таблица 24

**Классификация ХПН по Е.М. Тарееву**

Степень снижения СКФ	Стадия ХПН
Лёгкая – СКФ 30-50 мл/мин	I стадия -консервативная (СКФ снижена примерно до 40 мл/мин– проводится консервативная терапия) II стадия - терминальная (проводится почечнозаместительная терапия).
Умеренная – СКФ 10-30 мл/мин	
Тяжёлая – СКФ 5-10 мл/мин	
Терминальная – СКФ менее 5 мл/мин	

Классификация ХПН по М.Я. Ратнер:

- I стадия – креатинин 177-442 мкмоль/л\*
- II стадия – 443 – 884 мкмоль/л
- III стадия – 885 - 1326 мкмоль/л
- IV стадия – 1327 мкмоль/л и выше

*Примечание:* \* - в настоящее время нижняя граница нормы креатинина для мужчин составляет 120 мкмоль/л, для женщин – 100 мкмоль/л.

Наиболее приемлемой и отвечающей современному состоянию проблемы признана классификация ХПН, разработанная Рябовым С.И. Её использование в Ростовской области является обязательным. Другие классификации могут использоваться дополнительно наряду с указанием стадии и фазы ХПН по классификации Рябова С.И.!

2. Клинические проявления ХПН: уремия, анемия, гастроэнтероколит, остеодистрофия, метаболическая кардиомиопатия, перикардит, энцефалопатия с указанием формы, стадии и функционального состояния органов.

3. Указание на начало программного ГД или ПД (мес, год), характер сосудистого доступа (артерио-венозная фистула, шунт). Указание на трансплантацию почки – вид трансплантации (близкородственная, трупная, дата проведения операции), функциональное состояние трансплантата, осложнения (криз отторжения, вид, дата развития). Данный пункт указывается в случае проведения этих операций.

В последние годы претерпевают серьёзные изменения подходы к классификации хронической болезни почек (ХБП). По мнению международной группы экспертов ХБП имеет чётко определённые критерии (табл. 18).

Таблица 25

## Критерии ХБП

(K/DOQI, 2002; Резолюция Пленума научного общества нефрологов России, 2007)

1	Заболевание почек продолжительностью 3 и более месяцев, проявляющееся структурными и функциональными нарушениями деятельности почек с или без снижения СКФ и манифестирующиеся одним из двух: патоморфологическими изменениями маркёрами почечного заболевания: патологическими изменениями в составе крови и мочи и прочих тестах
2	СКФ < 60 мл/мин/1,73м <sup>2</sup> в течение 3 и более месяцев с или без признаков повреждения почек

Международные эксперты предлагают использовать вместо традиционной классификаций ХПН классификацию ХБП (табл. 18, 19). Особенностями данной классификации является определение этапности развития заболевания почек в зависимости от уровня СКФ. Традиционные критерии ХПН – креатинин, мочевина в данной классификации отсутствуют. Данную классификацию необходимо использовать при формулировке диагноза любого хронического заболевания почек.

Таблица 26

### Стадии ХБП в зависимости от уровня СКФ (Резолюция VI Съезда научного общества нефрологов России, 2005)

Стадия ХБП	1	2	3	4	5
СКФ, мл/мин	≥90	60-89	30-59	15-29	<15 Или диализ
Описание	Нормальная функция	Начальное снижение	Умеренное снижение	Выраженное снижение	ПН*

\* - ПН = почечная недостаточность

В перспективе планируется отказ от ранжирования ХПН по стадиям, поскольку введение в клиническую практику стадий ХБП делает это нецелесообразным. ХПН представлена 3-5 стадиями ХБП. Однако учитывая сохранение термина ХПН в МКБ-10, а также использование классификации ХПН при проведении медицинской экспертизы стойкой нетрудоспособности и военно-медицинской экспертизы, считаем целесообразным на переходном этапе сохранить в формулировании диагноза оба понятия – ХПН и ХБП.

### **Примеры формулировки диагноза**

1. Хронический гломерулонефрит: мембранозная нефропатия, нефротический вариант, ХПН II A стадии.
2. Сахарный диабет 2 типа тяжелое течение. Диабетическая нефропатия III стадии. ХПН IB стадии (снижение фильтрационной и секреторной способности почек).
3. Хроническая почечная недостаточность неуточнённого генеза IIIA стадии. Уремическая энцефалопатия. Анемия смешанного генеза, средней степени тяжести (миелотоксическая, постгеморрагическая). Уремическая гастроэнтеропатия (эрозивный гастродуоденит, желудочное кровотечение от 15.12.2003). Почечнозаместительная терапия: программный гемодиализ (начало – 12.2003). Артерио-венозная фистула.

## **5.9 ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

### ***N17 Острая почечная недостаточность***

N17.0 Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом

N17.1 Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом

N17.2 Острая почечная недостаточность с медулярным некрозом

N17.8 Другая острая почечная недостаточность

N17.9 Острая почечная недостаточность неуточнённая

### ***N19 Почечная недостаточность неуточнённая***

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологический фактор: острый гломерулонефрит, острый тубулоинтерстициальный нефрит, острый пиелонефрит, мочекаменная болезнь, поликистозная болезнь почек, опухоль малого таза с компрессией мочеточников, гиперплазия предстательной железы, острая токсическая и инфекционная нефропатия, тромбоз и тромбоземболия почечных вен и т.д.
2. Этиопатогенетические формы ОПН: преренальные, ренальные и постренальные.
3. Стадия ОПН: олигурия или анурия, восстановление диуреза (полиурия) и выздоровление.  
Возможно развитие неолигурических форм ОПН, при которых фазы олигурии не наблюдается. При олигурии объём мочи составляет <400 мл/сут при сохранении средненормального поступления жидкости в организм (не менее 900 мл/сут при сохранении экстраренальных потерь не более 30%). При анурии объём мочи составляет <100 мл/сут при сохранении средненормального поступления жидкости в организм (не менее 900 мл/сут при сохранении экстраренальных потерь не более 30%). При этом отсутствует или резко снижено поступление мочи в мочевого пузырь.
4. Осложнения ОПН и дата их развития: гнойно-септические, отёк головного мозга, отёк лёгких, анасарка, острые аритмии и т.д.
5. Дата развития ОПН. В случае проведения ГД, ПД или других операций экстракорпоральной гемокоррекции указывают сроки их проведения и количество процедур.
6. В Инициативе по острому диализу также предложена схема RIFLE диагностики острой почечной недостаточности, в состав которой включены такие критерии почечной недостаточности, как снижение диуреза, СКФ и повышение уровня креатинина крови (рис. 1).



**Рис. 1 Предполагаемая классификационная схема острой почечной недостаточности (REFLE – Risk, Injury, Failure, Loss, ESKD, AQDI, без примечания, 2000)**

Принципиальным для диагностики почечной недостаточности является не уровень креатинина, а степень его прироста в динамике. СКФ редко применяется для оценки острой почечной недостаточности. Выделены стадии риска, повреждения, недостаточности, потери и терминальной ХПН. В данной классификации понятие олигурии обозначается снижением диуреза менее 0,5 мл/кг/час.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Острый токсический интерстициальный нефрит (употребление суррогатов алкоголя 12.09.04г.), ренальная ОПН в стадии олигурии (12.09.2004).
2. Язвенная болезнь желудка, острое желудочное кровотечение (15.06.2004), геморрагический шок, острая циркуляторная нефропатия, преренальная ОПН (15.06.2004) в стадии анурии, ГД (15.06.2004-18.06.2004 – 4 процедуры).

### 5.10 РЕАКЦИИ ОТТОРЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

#### Z94 Наличие трансплантированных органов и тканей

Z94.0 Наличие трансплантированной почки

N16.5 Тубулоинтерстициальное поражение почек при отторжении трансплантата (Т86.-)

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологический фактор ХПН.
2. Стадия ХПН.
3. Вид и дата трансплантации (трупная, близкородственная).
4. Наименование реакции отторжения с указанием даты развития:
  - Сверхострое отторжение
  - Ускоренное отторжение
  - Острое отторжение
  - Хроническое отторжение
5. Указание на проведение пункционной нефробиопсии (дата), операций ГД или ПД (сроки, число процедур).

#### **Пример формулировки диагноза**

Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, ХПН IIIA стадии. Почечный трансплантат. Состояние после трупной трансплантации (10.11.2004, Москва). Реакция острого отторжения (12.02.2005), ОПН трансплантата. Операции ГД (13.02.2005-15.02.2005 – 3 процедуры).

## **VI. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

## 6.1 ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА И РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

*I00 Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца*

*I01 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца*

### Компоненты клинического диагноза

Таблица 27

#### Критерии ОРЛ (АРР, 2003)

Клинические варианты	Основные клинические проявления	Дополнительные клинические проявления	Исход	НК	
				стадии	ФК
Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)	Кардит Артрит	Лихорадка	Выздоровление	0	0
			Хроническая ревматическая болезнь сердца:	I	I
Повторная ревматическая лихорадка	Хорея Кольцевидная эритема Ревматические узелки	Артралгии Абдоминальный синдром Серозиты	- без порока сердца*	II А	II
			- с пороком сердца**	II Б	III
				III	IV

*Примечания:* \* - возможно наличие поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок без регургитации, которое уточняется с помощью Эхо-КГ;

\*\* - при наличии впервые выявленного порока сердца необходимо, по возможности, исключить другие причины его формирования (инфекционный эндокардит, первичный антифосфолипидный синдром, кальциноз клапанов дегенеративного генеза и др.)

При положительном результате предшествовавшей А-стрептококковой инфекции наличие одного большого и двух малых критериев с высокой вероятностью указывает на существование острой ревматической лихорадки.

Таблица 28

#### Критерии Киселя-Джонса, применяемые для диагностики ОРЛ (в мод. АРР, 2003)

Большие критерии	Малые критерии	Данные, подтверждающие предшествующую А-стрептококковую инфекцию
Кардит Полиартрит Хорея Кольцевидная эритема Подкожные ревматические узелки	Клинические: артралгия, лихорадка Лабораторные: Повышенные острофазовые реактанты (СОЭ, СРБ) Инструментальные: удлинение интервала PR на ЭКГ признаки митральной и/или аортальной регургитации при Допплер-ЭхоКГ	Позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена.  Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител (АСЛ-О, анти-ДНК-аза В)

Таблица 29

### Индекс активности

Признак/ баллы	0 бал- лов	1 балл	2 балла	3 балла
Боль в суставах	нет	Артралгии, без ограничения движений	Сильные в покое, ограничение движений	Постоянная, выраженная обездвиженность
Поражение сердца	нет	Субклинический кардит без признаков нарушения кровообращения	Кардит с нарушением кровообращения I стадии и/или умеренно выраженной клапанной дисфункцией	Панкардит с нарушением кровообращения II-III стадии и/или выраженной клапанной дисфункцией
Поражение ЦНС		Сосудистая дистония	Мышечная гипотония, психопатологические явления	Хореические гиперкинезы, статокординационные нарушения
СОЭ мм/час	<20	20-30	30-40	>40
Кол-во баллов	0 баллов	1-3 баллов	4-6 баллов	7 и более
Степень активности	Нет	Минимальная	Средняя	Выраженная

#### Примеры формулировки диагноза

1. Острая ревматическая лихорадка.

Осложнения: кардит (митральный вальвулит), мигрирующий полиартрит. НК I стадии.

Сопутствующий: хр. тонзиллит в стадии субкомпенсации.

2. Острая ревматическая лихорадка. Осложнения: хорея. НК 0.

3. Повторная ревматическая лихорадка.

Осложнения: кардит, митральный порок сердца с преобладанием стеноза митрального клапана II степени. ХСН IIА стадии, II ФК.

4. Хроническая ревматическая болезнь сердца.

Осложнения: поствоспалительный краевой фиброз створок митрального клапана. ХСН 0.

### 6.2 СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

#### *М32 Системная красная волчанка (СКВ)*

М32.0 Лекарственная системная красная волчанка

М32.1 Системная красная волчанка с поражением других органов или систем

М32.8 Другие формы системной красной волчанки

М32.9 Системная красная волчанка не уточненная

#### Компоненты клинического диагноза

1. Диагноз СКВ правомочен, при наличии 4 и более диагностических критериев АРА (1982).

1. Эритема в виде бабочки: фиксированная эритема в области щек, чаще всего при свободных носогубных складках.

2. Дискоидные изменения кожи: эритематозные со спаянными кератозными участками и фолликулярными пробками; атрофические рубцы.

3. Фотосенсибилизация: покраснение кожи вследствие необычной реакции на солнечный свет; чаще всего по данным анамнеза.

4. Изъязвления в полости рта или носоглотки: обычно безболезненные.

5. Неэрозивный артрит: 2 или более периферических суставов.

6. Серозит: плеврит или перикардит.

7. Вовлечение почек: протеинурия > 0,5 г/сут. или цилиндрурия.

8. Вовлечение ЦНС: судорожные припадки или психозы.

9. Изменения крови: гемолитическая анемия или лейкопения < 4000/м<sup>3</sup>, лимфопения < 1500/м<sup>3</sup> или тромбоцитопения < 100000/м<sup>3</sup>, не индуцированные медикаментами.

10. Иммунологические изменения: положительный тест на LE-клетки, анти-ДНК или ложно положительный люэс-тест.

11. Антиядерные антитела: повышение титра антиядерных антител методом иммунофлюоресценции или подобным.

2. Индекс активности.

Таблица 30

**Европейские согласованные критерии активности (ECLAM)**

Синдромы	Клинические проявления	Баллы
1. Общие проявления:	Любые из следующих: базальная утренняя температура 37,5, не связанная с инфекцией, ощущение усталости.	1
2. Суставные проявления:	Любые из следующих: неэрозивный артрит 2-х суставов (лучезапястных, пястнофаланговых, межфаланговых или в 2-х периферических).	1
3. Кожно-слизистый	Любые из следующих: скуловая сыпь, генерализованная или дискоидная сыпь, кожный васкулит, язвы полости рта.	3
4. Миозит*	Подтвержденный увеличением концентрации мышечных ферментов или ЭМГ и/или гистологией.	2
5. Перикардит	Документированный ЭКГ, клинически или при ЭхоКГ.	1
6. Кишечный	Кишечный васкулит, стерильный перитонит.	2
7. Легочные проявления.	Появление или утяжеление любых из следующих: плеврит, пневмонит, усиливающаяся одышка	1
8. Нервно-психический*.	Появление новых или утяжеление любых из следующих: головная боль/мигрень, судороги, инсульт, психоз и др.	2
9. Почечные проявления:	Протеинурия > 500 мг/день, цилиндрурия, гематурия, повышение креатинина, или снижение его клиренса.	4
10. Гематологический.	Не гемолитическая анемия, гемолитическая анемия*, лейкопения (или лимфопения), тромбоцитопения	1
11. Увеличение СОЭ	> 25 мм/час, не связанная с сопутствующим патологическим процессом.	1

\* Исключаются больные с ХПН.

Степени активности: 0-5 баллов – минимальная; 6-9 баллов – средняя; 10 и более – высокая.

**Пример формулировки диагноза**

Системная красная волчанка, подострое течение, а/ф, 3 степень активности.

Осложнения: полиартрит, ФНС 1. Люпус-нефрит, ХПН IA стадии. Симптоматическая ренопаренхиматозная артериальная гипертензия II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Риск 3 (высокий). Фотодерматит по типу эритемы (“бабочки”). Полисерозит – перикардит, экссудативный плеврит. Поражение нервной системы по типу чувствительной полинейропатии.

**6.3 СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ**

**М34 Системный склероз**

М34.0 Прогрессирующий системный склероз

М34.1 Синдром CREST

М34.2 Системный склероз, вызванный лекарственными средствами и химическими соединениями

М34.8 Другие формы системного склероза

М34.9 Системный склероз неуточненный

**Компоненты клинического диагноза**

## 1. Наличие диагностических критериев.

Таблица 31

<b>Большой критерий</b>	<b>Малые критерии</b>
Склеродермоподобные изменения кожи, проксимальнее по отношению к метакарпофаланговым или метатарзофаланговым суставам.	- Склеродактилия - Дигитальные язвочки или рубчики ногтевых фаланг - Двусторонний фиброз легких

### **Ранние симптомы, указывающие на диагноз системной склеродермии**

1. Типичные для склеродермии антинуклеарные антитела.
2. Типичные для склеродермии структурные или функциональные изменения.
3. Феномен Рейно в анамнезе, спонтанно или после воздействия холода.
4. Микроскопические изменения капилляров на ногтевой выемке.
5. Нарушение газообмена в легких и/или рестриктивные нарушения вентиляции.
6. Расстройство подвижности пищевода.

## 2. Индекс активности

Таблица 32

<b>Синдром</b>	<b>Клинические проявления</b>	<b>Баллы</b>
Общие проявления	Потеря массы тела более 10 кг, лихорадка	1
Гематологические	Увеличение СОЭ более 20 мм в час, гипергаммаглобулинемия более 23%	2
Иммунологические	Наличие Ат к ДНК или АНФ, РФ	1
Кожи	Появление или нарастание индурации, отека	2
Поражение сосудов	Появление или нарастание синдрома Рейно, дигитальных язв, некрозов	2
Костно-мышечный	Появление или нарастание артрита, миозита, контрактур	1
Легких	Появление или нарастание фиброзирующего альвеолита, легочной гипертензии	3
Сердца	Появление или нарастание миокардита, кардиофиброза, ишемии и некроза, нарушений ритма.	3
Желудочно-кишечного тракта	Появление или нарастание рефлюкс – эзофагита, структуры пищевода, нарушения всасывания	2
Почек	Появление истинной острой склеродермической почки, ренопаренхиматозной гипертензии.	4

Степени активности: 0-5 баллов – минимальная; 6-9 баллов – средняя; 10 и более – высокая.

### **Пример формулировки диагноза**

Системная склеродермия, подострое течение, а/ф, 3 степень активности.

Осложнения: синдром Рейно. Индурация и отек кожи лица. Базальный пневмофиброз, ДН I степени. Вторичная кардиомиопатия. Нарушения ритма сердца: частая желудочковая экстрасистолия. ХСН I стадии, ФК I. Рефлюкс – эзофагит.

## **6.4 ПОЛИМИОЗИТ И ДЕРМАТОМИОЗИТ**

### ***М33 Дерматополимиозит***

М33.0 Юношеский дерматомиозит

М33.1 Другие дерматомиозиты

М33.2 Полимиозит

М33.9 Дерматополимиозит неуточненный

### **Компоненты клинического диагноза**

1. Симптомы и проявления заболевания.

**Симптомы полимиозита и дерматомиозита (Tahimoto et al.,1995)**

Симптомы	Проявления
<b>Клинические</b>	
1. Изменения кожи	а) гелиотропная кожная сыпь; б) симптом Gottron (коллоидные пятна на тыльной стороне суставов пальцев кисти); в) эритема на тыльной стороне суставов конечностей
2. Слабость проксимальных мышц	Верхних или нижних конечностей и туловища
3. Боль в мышцах	При давлении или спонтанная.
4. Артрит или артралгии	Недеструктивный
<b>Лабораторные</b>	
5. Повышенный уровень	сывороточной креатинфосфокиназы (КФК) или альдолазы, анти-Jo-антител
6. Признаки системного воспаления	Лихорадка > 37°C, увеличение СРБ или СОЭ>20мм/ч.
<b>Инструментальные</b>	
7. Патологические изменения электромиограммы	Короткие многофазовые потенциалы, фибрилляции и псевдомиотонические разряды
<b>Морфологические</b>	
8. Миозит, обнаруженный в биоптате мышцы	Инфильтрация скелетной мышцы с воспалительными клетками и фокальной или экстенсивной дегенерацией мышечных волокон вплоть до некроза и регенеративных процессов с неравномерным замещением волокон фиброзом

*Примечание:* наличие, по крайней мере, одного типа поражения кожи и, по крайней мере, 4 признаков из пунктов 2-8 соответствуют диагнозу дерматомиозит. Наличие, по крайней мере, 4 признаков из пунктов 2-8 соответствуют диагнозу полимиозит.

## 2. Индекс активности

**Критерии активности дерматомиозита и полимиозита**

Признак	Баллы			
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Боль в мышцах	нет	Непостоянная, только при движении	При движении и в покое	Постоянная, прерывающая сон
Слабость мышц	нет	Слабая	Умеренная	Выраженная
Уровень (КФК)	Норма	Повышение до 50%	Повышение до 80%	Повышение до 100%
СОЭ мм/час	<20	20-30	30-45	>45
Активность	0-1 баллов Нет	2-4 баллов Слабая	5-8 баллов Средняя	9 и более Выраженная

**Пример формулировки диагноза**

Дерматомиозит, подострое течение, а/ф, средняя степень активности.

Осложнения: артралгии. Умеренная слабость проксимальных мышц верхних и нижних конечностей. Поражение кожи - гелитропная сыпь.

**6.5 СМЕШАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СЗСТ)**

## М35.1 Другие перекрестные синдромы

### Компоненты клинического диагноза

Диагностические критерии (Sharp et al., 1972)

1. Анти-ЕНА-антитела специфичности UI-nRNP
2. Характерные клинические проявления хотя бы двух системных заболеваний, например: системная красная волчанка, склеродермия, миозит, ревматоидный артрит.
3. По крайней мере, три из следующих основных симптомов: феномен Рейно, склеродермия, диффузный отек кисти (“одутловатые”, припухшие пальцы), проксимальная мышечная слабость (миозит – типичный признак), синовит.

Таблица 35

### Различие между СЗСТ и перекрестным синдромом

СЗСТ - характеризуется комбинацией клинических проявлений, свойственных РА, СКВ, ССД, и ПМ в сочетании с высоким титром АТ к яРНП в сыворотке крови.	Перекрестный синдром - у больного достаточно клинических и серологических признаков, чтобы диагностировать конкретное заболевание соединительной ткани, но присутствуют симптомы другого аутоиммунного заболевания (с-м Шегрена + СКВ, ССД, РА, ПМ, ПБЦ, НВ, ХАГ аутоиммунный тиреоидит и др.)
--	--

### Пример формулировки диагноза

Смешанное заболевание соединительной ткани, подострое течение, а/ф, средняя степень активности.

Осложнения: артрит, ФНС I ст. Синдром Рейно. Фиброзирующий альвеолит, ДН I степени. Диффузный отек кисти с кальцинозом в области предплечий.

## 6.6 БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ

### М06.1 Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых

### Компоненты клинического диагноза

1. Для диагноза болезни Стилла взрослых требуется 2 главных критерия и 3 любых дополнительных, а также исключение диагнозов I-III.

Таблица 36

### Критерии диагностики (Yamaguchi et al., 1989)

Основные критерии	Дополнительные критерии
1. Лихорадка от 39°C в течение 1 недели	1. Боль в горле
2. Артралгии и/или артрит в какой-либо период заболевания в течение, как минимум 2 недель	2. Лимфаденопатия и/или спленомегалия
3. Лейкоцитоз ( $>10 \times 10^9/\text{л}$ ) с нейтрофилезом	3. Повышение АсТ, АлТ и/или ЛДГ
4. Пятнистая желтовато-розовая сыпь, явно выраженная вечером и исчезающая утром	4. Отрицательные РФ и АНФ
	5. Серозит (плеврит, перикардит)
Диагнозы, которые необходимо исключить	
I. Инфекции (особенно сепсис и инфекционный мононуклеоз)	
II. Злокачественные новообразования (особенно злокачественную лимфому)	
III. Ревматические заболевания (особенно узелковый полиартериит, васкулит с внесуставными проявлениями).	

3. Индекс активности

Таблица 37

### Критерии активности болезни Стилла взрослых

Синдромы	Клиническое проявление	Баллы
1. Лихорадка	Ремитирующая, интермиттирующая или септическая лихорадка	4
2. Кожные проявления	Эритематозно-папулезная мультиформная сыпь	4
3. Суставные проявления:	Артрит луче-запястных, запястно-пястных, плечевых тазобедренных суставов, шейный спондилит	1
4. Боль в горле	Обычно односторонняя с гиперемией слизистой оболочки.	2
5. Лимфаденопатия, гепатоспленомегалия	Увеличение регионарных лимфоузлов, чаще подмышечных и селезенки. Повышение уровня печеночных ферментов.	2
6. Серозиты	Любые из следующих: экссудативный плеврит, перикардит с умеренным выпотом, реже перитонит.	2
7. Гематологические проявления	Нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение уровня СРБ	4

*Примечание:* признаки считаются присутствующими, если они возникли вновь или прогрессировали в течение последнего месяца. Степени активности: 0 баллов – нет активности; 1 – 3 балла – минимальная; 4 – 6 баллов – средняя; 7 и более высокая.

### Пример формулировки диагноза

Болезнь Стилла.

Осложнения: артрит, ФНС I ст. Острый экссудативный перикардит. НК I стадии.

Экссудативный плеврит, ДН I степени. Дерматит по типу эритематозно-папулезной сыпи. Лимфаденопатия.

## 6.7 ВАСКУЛИТЫ

### 6.7.1 Неспецифический аортоартериит (артериит Такаюсу)

M31.4 Синдром дуги аорты [Такаясу].

#### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии. О вероятном артериите Такаюсу свидетельствует наличие, по меньшей мере, трех из этих шести критериев.

Таблица 38

#### Критерии американской ревматологической ассоциации (1990)

Критерий	Определение
1. Начало	Начало заболевания в возрасте до 40 лет
2. Перемежающаяся хромота	Мышечные жалобы при движении, как минимум, в одной конечности, особенно в руке.
3. Пульсация артерий.	Ослабленная пульсация лучевой и/или локтевой артерии
4. Разное систолическое АД	В сравнении на обеих руках более чем на 10 мм рт. ст.
5. Аускультация сосудов	Сосудистые шумы над подключичной артерией (с одной или с обеих сторон) или над брюшной аортой
6. Ангиография	Обнаружение типичных сосудистых изменений аорты, ее ветвей или больших артерий в проксимальных отделах верхних или нижних конечностей, которые нельзя объяснить артериосклерозом или фибромускулярной дисплазией или подобными причинами

2. Индекс активности – для всех васкулитов.

Таблица 39

#### Критерии активности васкулитов (Шилкина Н.П., Е.В. Кауфман, 1999).

<b>Критерий</b>	<b>Определение</b>
1.Кожные проявления	Трофические язвы, геморрагии (синяки, петехии), сетчатое ливедо, узелки по ходу сосудов, узловатая эритема и/или данные биопсии кожно-мышечного лоскута, показывающий продуктивный и/или деструктивный васкулит
2. Артрит	Неэрозивный артрит с вовлечением 2-х или более периферических суставов с припухлостью, болезненностью или выпотом.
3.Тромбозы и/или тромбозы и/или тромбозы и/или тромбозы	Венозные или артериальные тромбозы периферических сосудов и/или тромбозы и/или тромбозы
4.Полинейропатия.	Прогрессирующая полинейропатия, особенно моторная и/или множественные мононевриты.
5.Цереброваскулярный синдром	Постепенно прогрессирующие органические изменения в мозговой ткани, вследствие хронической сосудистой недостаточности, не связанные с атеросклерозом и эссенциальной гипертензией и/или психические расстройства (эпилептические припадки психозы).
6.Абдоминальные проявления.	Любые из следующих: кишечная ангина, абдоминальная ишемия, проявляющееся диффузными болями в животе, усиливающиеся после приема пищи и/или диареей.
7.Легочные проявления.	Любые из следующих: астма (приступы удушья или свистящие диффузные хрипы на выдохе) на момент обследования: плеврит, пневмонит и/или легочная гипертензия.
8.АГ	Развитие АГ с уровнем диастолического АД более 90 ммрт.ст..
9. Нефропатия	Любые из следующих: протеинурия>500 мг/день, мочевые цилиндры, гематурия микро- или макро-, цилиндрурия.
10.Кардиальные проявления.	Любые из следующих: коронариит, инфаркт миокарда, миокардит и/или эндокардит.
11.Ишемический синдром конечностей.	Прогрессирующее нарушение кровообращения в конечностях, проявляющееся мышечной слабостью, парестезиями и/или перемежающейся хромотой или ишемический синдром с необратимыми трофическими изменениями.
12.Изменения лабораторных тестов	Любые из следующих: увеличение СОЭ более 15 мм/час, анемия (Hb<110г/л) и/или лейкоцитоз более $9 \times 10^9$ /л, и/или повышение уровня сиаловой кислоты более 270 ед. и/или гипергаммаглобулинемия более 20 отн. %.
13.Изменение специальных тестов.	Повышение уровня Ig, и/или ЦИК и/или титра Ат к н-ДНК, кардиолипину и/или увеличение спонтанной генерации свободных радикалов.
14.Нарушение реологии крови.	Сладж-феномен по данным бульбарной ангиоскопии и/или увеличение степени и скорости агрегации тромбоцитов и/или эритроцитов и/или гиперкоагуляция по данным стандартных тестов.
15.Патогенетическая терапия ГКС и/или цитостатиками.	Проведение терапии ГКС и/или цитостатиками, в том числе поддерживающими дозами.

*Примечание:* признаки считаются присутствующими, если они возникли вновь или прогрессировали в течение последнего месяца. Степени активности: 0 баллов – нет активности; 1 – 4 балла – минимальная; 5 – 7 баллов – средняя; 8 и более высокая.

Таблица 40

**Шкала активности заболевания при системных васкулитах (Насонов Е.Л.,1999)**

Неактивное заболевание	“Возможно” активное	Минимальная активность	Умеренная активность	Выраженная активность
0	1	2-4	5-7	8-10
Терапия не требуется.	Симптоматическая терапия: дезагреганты, сосудистые препараты.	“Малая” патогенетическая терапия: поддерживающие дозы ГКС и ЦС, аминохинолиновые препараты.	“Большая” патогенетическая терапия: средние дозы ГК и/или ЦС.	Интенсивная терапия: высокие дозы ГК и/или ЦС, пульс-терапия, экстракорпоральные методы лечения.

### Пример формулировки диагноза

Неспецифический аortoартериит (I тип) с поражением дуги аорты и ее ветвей, подострое течение, умеренная степень активности.

Осложнения: аневризма восходящей части дуги аорты. Недостаточность аортального клапана II степени. Вторичная клапанная кардиомиопатия. ХСН IIБ стадии, ФК III.

## 6.7.2 Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия

М31.5 Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией

### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии гигантоклеточного артериита (необходимо наличие трех из пяти).

Таблица 41

#### Критерии американской коллегии ревматологов (Hunder et al., 1990)

Критерий	Определение
1. Возраст	Развитие симптомов заболевания у лиц старше 50 лет
2. Вновь появившиеся головные боли	Появление ранее не отмечавшихся головных болей или изменение их характера и/или локализации
3. Поражение височных артерий	Болезненность при пальпации или снижение пульсации височных артерий (не связанные с атеросклерозом сосудов шеи)
4. Лабораторные изменения	Увеличение СОЭ > 50 мм по Вестергрену за 1 час
5. Морфологическая картина	Преобладание инфильтрации мононуклеарными клетками или гранулематозное воспаление с многоядерными гигантскими клетками

2. Диагностические критерии ревматической полимиалгии (диагноз вероятен, если позитивны три критерия или имеется один критерий вместе с височным артериитом).

Таблица 42

#### Критерии ревматической полимиалгии (Bird et al., 1979)

Критерий	Клинические проявления
1. Возраст начала заболевания	старше 50 лет
2. Двусторонняя боль в плечевых суставах и/или двусторонняя скованность	альтернативно также боли в следующих областях: затылок, плечи, ягодицы, бедро
3. Острое начало заболевания	в течение 2 недель
4. Первоначальное увеличение СОЭ	свыше 40 мм/ч
5. Длительность утренней скованности	более 1 часа
6. Депрессия и/или потеря веса	
7. Двусторонняя болезненность при пальпации плеч	

3. Индекс активности.

Таблица 43

### Критерии активности ревматической полимиалгии

Синдромы	Клинические проявления	Баллы
1. Лихорадка	Обычно субфебрильная, но иногда 38°C и выше	3
2. Мышечный синдром	Типичная боль в обл. шеи, плечевого и тазового пояса	4
3. Суставные проявления:	Артрит лучезапястных, коленных, ключично-акромиальных суставов	1
4. Гематологические	Увеличение СОЭ более 35 мм в час	3

*Примечание:* признаки считаются присутствующими, если они возникли вновь или прогрессировали в течение последнего месяца. Степень активности: 0 баллов – нет активности; 1 – 3 балла - минимальная; 4 – 6 баллов – средняя; 7 и более – высокая.

### Пример формулировки диагноза

Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией, подострое течение, высокая степень активности.

Осложнения: поражение левой височной артерии с выраженным болевым синдромом. Артрит, ФНС I. Поражение мышц в области плечевого пояса.

### 6.7.3 Узелковый полиартериит. Синдром Чарджа-Стросса. Микроскопический полиангиит (полиартериит)

#### *M30.0 Узелковый полиартериит*

M30.1 Полиартериит с поражением легких [Чарджа-Стросса]

M30.8 Другие состояния, связанные с узелковым полиартериитом

### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии (необходимо наличие трех из десяти критериев).

Таблица 44

### Критерии американской коллегии ревматологов (Lighfoot et al., 1990)

Критерий	Определение
1. Потеря массы тела	Более чем на 4 кг и более с начала заболевания, не связанное с особенностями питания, общие симптомы
2. Сеччатое ливедо	Ветвистый рисунок кожи на конечностях и туловище.
3. Поражение яичек	Болезненность и припухание яичек, не связанное с инфекцией, травмой и т.п.
4. Поражение мышц	Диффузные миалгии (исключая плечевой пояс или поясничную область), мышечная слабость, боль при пальпации мышц нижних конечностей.
5. Поражения нервной системы	Моно- или полинейропатия или мононеврит multiplex, симптомы поражения ЦНС
6. АГ	Диастолическое АД > 90 мм рт. ст.
7. Повышение уровня креатинина и мочевины	Сывороточный креатинин >133 ммоль/л или сывороточная мочевина > 14,4 ммоль/л
8. Статус носителя вируса гепатита В	Наличие поверхностного антигена вируса гепатита В (HBs-антиген) или антител к нему (анти-HB-IgG) в сыворотке крови.
9. Артериографические данные	Аневризмы или окклюзии висцеральных артерий, не связанные с атеросклерозом, фибромышечной дисплазией и другими невоспалительными заболеваниями.
10. Типичные гистологические изменения	Поражение мелких или средних артерий с инфильтрацией сосудистой стенки, полиморфноядерными нейтрофильными гранулоцитами.

2. Диагностические критерии синдрома Чарджа-Стросса (необходимо наличие, по меньшей мере, четырех и более критериев).

Таблица 45

### Критерии американской коллегии ревматологов (Masi et al., 1990)

Критерий	Определение
1. Астма	Астматические жалобы в анамнезе или диффузные мелкопузырчатые экспираторные хрипы над легкими
2. Эозинофилия	Эозинофилия более 10% при подсчете лейкоцитов
3. Мононевропатия или полиневропатия	Мононевропатия, мононеврит множественный или полиневропатия по типу перчаток или чулок
4. Легочные инфильтраты	Выявляемые при рентгенологическом исследовании мигрирующие или преходящие легочные инфильтраты
5. Синуситы	Острые или хронические рецидивирующие синуситы придаточных полостей носа
6. Внесосудистые эозинофилы в биоптате	Картина васкулита в биоптате с выявлением эозинофильной инфильтрации во внесосудистой ткани.
7. Аллергия в анамнезе	Сезонная аллергия или другие аллергические реакции (пищевая, контактная), за исключением лекарственной.

3. Диагностические критерии микроскопического полиартериита (необходимо наличие 4-го критерия и 3-х любых).

Таблица 46

### Критерии микроскопического полиартериита (Zashin et al,1990)

Критерий	Проявление
1. Лихорадка, недомогание, похудание, миалгия (56-76%).	В течение месяцев с миалгиями и миозитами, артралгиями и также стойкими артритами крупных суставов.
2. Артрит, артралгии (90%).	
3. Поражение легких (30-66%)	Легочный капиллярит с альвеолярным геморрагическим синдромом. Легочные инфильтраты без распада, часто с фатальным кровотечением
4. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (100%)	Почечный капиллярит, морфологически проявляющийся как некротизирующий гломерулонефрит с образованием полулуний, а клинически, как быстро прогрессирующая почечная недостаточность при отсутствии АГ.
5. Кожные проявления (80%).	Некротизирующий васкулит мелких сосудов, проявляющийся пальпируемой пурпурой язв и некрозов.
6. Желудочно-кишечные проявления (32-58%)	Боли в животе, желудочное кровотечение.
7. Поражение нервной системы	Моно- или полинейропатия (14-36%).

3. Индекс активности – см. выше в разделе “Неспецифический аортоартериит”.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Узелковый полиартериит, подострое течение, умеренная степень активности. Осложнения: симптоматическая артериальная гипертензия I стадии. Степень АГ 1. Риск 2 (средний). Мононеврит с мышечной атрофией в области левой стопы. Сетчатое ливедо.

2. Микроскопический полиангиит, подострое течение, выраженная степень активности. Осложнения: нефрит, ХПН II А стадии. Некротизирующий васкулит нижних конечностей.

#### 6.7.4 Облитерирующий тромбоангиит

##### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии. Достоверный: облитерирующий тромбангиит если сумма баллов 10 и более при подтверждении биопсией или доплерографией. Вероятный — сумма баллов не менее 8 — 9.

Таблица 47

**Диагностические критерии облитерирующего тромбангиита  
(Н.П. Шилкина, А.С. Полтырев Е.В. Кауфман, 1994)**

<b>Критерий</b>	<b>Определение</b>	<b>Баллы</b>
1. Мужской пол	—	3
2. Возраст дебюта	Развитие симптомов болезни в возрасте < 45 лет	2
3. Курение	Курение не менее 20 сигарет в день не менее 10 лет	2
4. Снижение пульсации артерии стопы	Снижение пульсации на одной или обеих тыльных артериях стоп	3
5. Перемежающаяся хромота	Боли, слабость или дискомфорт мышц одной или обеих нижних конечностей	4
6. Трофические язвы	Вновь возникающие или рецидивирующие изъязвления кожи на нижних конечностях	2
7. Тромбофлебиты	Мигрирующие, вновь возникшие или рецидивирующие тромбофлебиты на конечностях, преимущественно нижних	2
8. Биопсия	Деструктивно-продуктивные или продуктивные тромбоваскулиты средних и мелких артерий и вен	3
9. Допплерографические изменения	Сужение или окклюзия дистальных артерий конечностей при доплерографическом исследовании	5

**Пример формулировки диагноза**

Облитерирующий тромбангиит, подострое течение, средняя степень активности.  
Осложнения: синдром Рейно.

**6.7.5 Гранулематоз Вегенера**

M31.3 Гранулематоз Вегенера

**Компоненты клинического диагноза**

1. Диагностические критерии (достаточно 2 и более критериев).

Таблица 48

**Критерии американской коллегии ревматологов (Leavitt et al., 1990)**

<b>Критерии</b>	<b>Определение</b>
1. Воспаление носа и полости рта	Язвы в полости рта: гнойные или кровяные выделения из носа
2. Изменения при рентгенологическом исследовании легких	Узелки, инфильтраты или полости
3. Изменения мочи	Микрогематурия (> 5 эритроцитов в поле зрения) или скопления эритроцитов в осадке мочи
4. Биопсия или кровохарканье	Гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве

2. Индекс активности – см. выше в разделе “Неспецифический аортоартериит”.

**Пример формулировки диагноза**

Гранулематоз Вегенера, подострое течение, высокая степень активности.  
Осложнения: поражение легких – пневмонит, инфильтрат в нижней доле правого легкого, ДН I степени. Нефрит, ХПН 0. Хронический ринит с частыми кровянистыми выделениями.

## 6.7.6 Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейн-Геноха)

### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии. Достоверный геморрагический васкулит – 7 баллов и более, вероятный 5-6 баллов при наличии пурпуры.

Таблица 49

### Диагностические критерии (Н.П. Шилкина, А.С. Полтырев, Е.В. Кауфман, 1994)

Критерий	Определение	Баллы
1. Возраст начала	менее 20 лет	2
2. Пальпируемая пурпура	пальпируемые геморрагические изменения кожи, не сопровождающиеся тромбоцитопенией	5
3. Гематурия	Обнаружение эритроцитов в моче (макро- и микро-гематурия, не связанная с урологическими причинами)	3
4. Полиартралгии	Появление артралгии как минимум в 2-х периферических суставах без объективных признаков воспаления.	1
5. Кишечная ангина	Диффузные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, кровавистая диарея или обнаружение желудочно-кишечной ишемии	2

2. Индекс активности – см. выше в разделе “Неспецифический аортоартериит”.

### Пример формулировки диагноза

Геморрагический васкулит, острое течение, умеренная степень активности.  
Осложнения: поражение почек – гематурия. Артрит, ФНС II.

## 6.8 ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ

### 6.8.1 Ревматоидный артрит (РА)

M05 Серопозитивный ревматоидный артрит

M06.0 Серонегативный ревматоидный артрит

### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии Американской коллегии ревматологов (1987).

1. Утренняя скованность: утренняя скованность в (или вокруг) суставах продолжительностью минимум 1 час до максимального уменьшения.

2. Артрит 3 или более суставных зон: отек или выпот, по крайней мере, в 3 суставах, установленный врачом. Возможно поражение 14 суставных зон на правых и левых конечностях: пястнофаланговые, проксимальные межфаланговые, запястные, локтевые, голеностопные суставы.

3. Артрит суставов кистей: отек, по крайней мере, одной суставной зоны запястья, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых суставов.

4. Симметричный артрит: одномоментное поражение одинаковых суставных зон на обеих частях тела (двухстороннее поражение проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых или плюснефаланговых суставов возможно без абсолютной симметрии).

5. Ревматоидные узелки: подкожные узелки, локализующиеся на выступающих участках тела или разгибательных поверхностях или в околосуставных участках, установленные врачом.

6. Ревматоидный фактор в сыворотке крови: обнаружение повышенной концентрации "ревматоидного фактора" в сыворотке любым методом, дающим положительные результаты не более, чем у 5% лиц в контроле.

7. Рентгенологические изменения: рентгенологические изменения, типичные для РА в кистях и стопах, включающие эрозии или несомненную костную декальцификацию,

локализирующиеся или наиболее выраженные в пораженных суставах (только остеоартритические изменения не учитываются).

*Примечание:* диагноз РА правомочен только при наличии, по крайней мере, 4 из 7 критериев. Критерии 1-4 должны присутствовать, по крайней мере, в течение 6 недель. Не исключаются больные с 2 клиническими диагнозами. Обозначения "классический", "определенный" и "вероятный" РА не используется.

### 3. Определение активности

Степень активности определяется с учетом припухших суставов, СОЭ, С-РБ (мг/л), по DAS 28.

Таблица 50

Степень активности	Уровень СОЭ
1	до 20 мм/час
2	от 20 до 40 мм/час
3	более 40 мм/час

### 3. Определение характера течения

Таблица 51

#### Характер течения РА (Н.В. Чичасова, ГУ ИР РАМН)

Признак	Проявление	Баллы
Появление более 4 новых эрозий	В проксимальных м/ф, пястно-фаланговых, пястно-запястных, запястье, лучезапястных, плюснефаланговых суставах (за 12 мес.)	5
Появление остеолиза	Отсутствие 1/3 головки сустава (за 12 мес.)	5
Появление анкилоза	В первые 3 года заболевания	4
Некроз кости	Появление асептического некроза головки кости.	3
Формирование стойких контрактур	Бутоньерка, "лебединая шея", Z-образная деформация запястья, ульнарная девиация, "петушиный гребень" (за 12 мес.).	3
Ранние признаки структурно-анатомических нарушений периартикулярных тканей	Появление слабости суставной капсулы, появление смещаемости сухожилий сгибателей, пальцев в покое и при движении, появление смещаемости шиловидного отростка локтевой кости, появление смещаемости костей запястья, уменьшение физиологической гиперэкстензии пястно-запястных суставов <30° (за 12 мес.)	3
Поздние признаки структурно-анатомических нарушений периартикулярных тканей	Наличие невосправляемого подвывиха сустава, наличие некорректируемой ульнарной девиации	2
Появление осложнений	Вторичный амилоидоз, остеопороз	3

Значение 0 - 2 балла - течение без существенного прогрессирования; 2 - 5 баллов - умеренно прогрессирующее; 6 и более баллов - быстро прогрессирующее.

#### Пример формулировки диагноза

Ревматоидный полиартрит с внесуставными проявлениями, серопозитивный по IgM-РФ, а/ф, 2 степень активности.

Осложнения: миоперикардит среднетяжелая форма, острое течение. Нарушения ритма сердца: частая желудочковая экстрасистолии. НК I стадии. Пневмонит, ДН II степени. Дигитальный васкулит.

## СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

### 6.8.2 Анкилозирующий спондилит

М45 Анкилозирующий спондилит

#### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии. Диагноз анкилозирующего спондилита устанавливается при наличии обязательного рентгенологического критерия и одного и более дополнительных клинических Нью-Йоркских критериев (1985).

#### 1. Обязательный критерий

Двусторонний сакроилеит стадии 2-4 или односторонний сакроилеит стадия 3-4.

#### 2. Дополнительные критерии

- Боль в крестце - 3 месяца, уменьшающаяся при физических упражнениях, в покое – постоянная.
- Ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскости.
- Уменьшение экскурсии грудной клетки по отношению к норме, соответствующей возрасту и полу.

2. Индекс активности

Таблица 52

Синдромы	Проявления	Балл
1. Поражение позвоночника	Появление и/или усиление болей в позвоночнике с ограничением подвижности	1
2. Суставные проявления	Появление и/или прогрессирование периферического моно-, олигоартрита и/или энтезита (ахиллодинит, подошвенный фасцит)	2
3. Поражение глаз	Появление и/или усугубление переднего увеита, фотофобия, нарушение зрения	2
4. Кардиальные и сосудистые проявления	Острый аортит, нарастание сердечной недостаточности, формирование аортальной недостаточности, нарушение проводимости.	2
5. Легочные проявления	Развитие апикального фиброза легких	2
6. Почечные проявления	Развитие IgA-нефропатии, и/или амилоидоза	3
7. Повышенное СОЭ	Более 20 мм в час	2
8. Иммунологические проявления	Повышенная концентрация IgA	2

Значение 1 – 3 балла - минимальная степень активности; 4 – 7 баллов – средняя степень активности; 8 и более баллов – высокая степень активности.

#### Пример формулировки диагноза

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), а/ф, 2 степень активности.  
Осложнения: ФНС II. Rt ст. 2.

### 6.8.3 Болезнь Рейтера

М02.3 Болезнь Рейтера

## Компоненты клинического диагноза

Таблица 53

### 1. Диагностические критерии (Willkens et al. 1981)

<b>Обязательный:</b> Серонегативная асимметричная артропатия (преимущественно нижних конечностей)	
<b>Один и/или несколько следующих критериев:</b>	уретрит / цервицит; дизентерия воспалительные изменения глаз; поражение кожи / слизистых оболочек: баланит, изъязвление ротовой полости и кератодермия
<b>Критерии исключения:</b>	анкилозирующий спондилит; псориатическая артропатия другие ревматические заболевания.

Таблица 54

### 2. Индекс активности

Синдромы	Проявления	Баллы
1. Общие проявления	Лихорадка, общая слабость	1
2. Кожа и слизистые	Появление безболезненных эрозий полости рта, половых органов; кератодермия, псориазоформные высыпания	2
2. Суставные проявления	Появление и/или прогрессирование периферического моно-, олигоартрита и/или энтезита (ахиллодинит, подошвенный фасцит)	2
3. Поражение глаз	Появление и/или рецидивирование конъюнктивита, увеита	2
4. Кардиальные и сосудистые проявления	Умеренный перикардит, миокардит, редко нарушение ритма и проводимости, изредка - аортальная недостаточность	3
5. Неврологические проявления	Радикулиты, периферический неврит, энцефалопатия	3
6. Почечные проявления	Протеинурия, микрогематурия, асептическая пиурия, редка – IgA-нефропатии	3
7. Повышенное СОЭ	Более 20 мм в час	1
8. Гематологические нарушения	Лейкоцитоз, тромбоцитоз	2
9. Иммунологические проявления	Повышенная концентрация IgA	2

Значение 1 – 4 балла - минимальная степень активности; 5 – 8 баллов – средняя степень активности; 9 и более баллов – высокая степень активности.

#### Пример формулировки диагноза

Серонегативная спондилоартропатия – синдром Рейтера, а/ф, 2 степень активности.  
Осложнения – ФНС I. Rt ст. 1.

### 6.8.4 Реактивный артрит

#### *M02 Реактивные артропатии*

M02.0 Артропатия, сопровождающая кишечный шунт

M02.1 Постдизентерийная артропатия

M02.2 Постиммунизационная артропатия

M02.8 Другие реактивные артропатии

M02.9 Реактивная артропатия неуточненная

**M03\* Постинфекционные и реактивные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках**

M03.0\* Артрит после перенесенной менингококковой инфекции (A39.8+)

М03.1\* Постинфекционная артропатия при сифилисе

М03.2\* Другие постинфекционные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках

М03.6\* Реактивная артропатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках

#### Компоненты клинического диагноза

1. Диагностические критерии. Достоверный реактивный артрит устанавливается при наличии критериев 1 плюс 3 или 4, или 6. Вероятный реактивный артрит имеется при наличии критериев 1 плюс 2 и/или плюс 5. Возможный реактивный артрит предполагается при существовании критерия 1.

Таблица 55

#### Диагностические критерии (Немецкое ревматологическое общество, 1995)

Критерий	Клинические проявления
1. Типичное поражение суставов	Периферическое, асимметричное, олигоартикулярное, нижние конечности, особенно коленные и голеностопные суставы.
2. Типичный анамнез	Диарея, уретрит и/или клинические проявления инфекции входных ворот.
3. Прямое обнаружение возбудителя во входных воротах	Например, соскоб из уретры на хламидии
4. Обнаружение специфически агглютинирующих антител с достоверным повышением титров	Например, по отношению к энтеропатическим возбудителям
5. HLA-типирование	Наличие HLA-B27 антигена
6. Обнаружение субстрата возбудителя	Посредством цепной реакции полимеразы или специфических моноклональных антител.

Таблица 56

#### 2. Факторы риска хронизации течения

Признаки	Баллы
Поражение т/б сустава	4
СОЭ более 30 мм/ч	3
Недостаточная эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов	3
Ограничение подвижности позвоночника	3
Сосискообразная деформация пальцев	2
Олигоартрит	1
Начало в возрасте до 16 лет	1

Прогноз хороший < 4 баллов, плохой > 6 баллов

#### Пример формулировки диагноза

Реактивная артропатия, а/ф, 2 степень активности. Осложнения – ФНС II. Rt ст. 2.

#### 6.8.5 Псориатический артрит (псориатическая артропатия)

##### *М07 Псориатические и энтеропатические артропатии*

М07.0 Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (L40.5+)

М07.1 Мутилирующий артрит (L40.5+)

M07.2 Псориатический спондилит (L40.5+)  
M07.3 Другие псориатические артропатии (L40.5+)

Таблица 57

**Компоненты клинического диагноза (Институт ревматологии РАМН, 1989)**

<b>Критерий</b>	<b>Баллы</b>
<b>I. Диагностические критерии</b>	
1. Псориатические высыпания на коже	+ 5
2. Псориаз ногтевых пластинок	+ 2
3. Псориаз кожи у близких родственников	+ 1
4. Поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп (горизонтальный тип поражения)	+ 5
5. Поражение трех суставов одного пальца (осевое поражение)	+ 5
6. Разнонаправленные подвывихи пальцев рук	+ 4
7. Асимметричный хронический артрит	+ 2
8. Багрово-синюшное окрашивание кожи над пораженными суставами со слабой пальпаторной болезненностью	+ 5
9. Сосискообразная дефигурация пальцев стоп	+ 3
10. Параллелизм течения кожного и суставного синдромов	+ 4
11. Боль и утренняя скованность в позвоночнике в течение не менее 3 мес.	+ 1
12. Отрицательные реакции на РФ	+ 2
13. Рентгенологические признаки акрального остеолита	+ 5
14. Анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и/или плюснефаланговых суставов	+ 5
15. Сакроилеит	+ 2
16. Развитие синдесмофитов или паравертебральных оссификаций	+ 4
<b>II. Критерии исключения</b>	
1. Отсутствие псориаза	- 5
2. Серопозитивность по РФ	- 5
3. Ревматоидные узелки	- 5
4. Тофусы	- 5
5. Тесная связь с кишечной или урогенитальной инфекцией	- 5

Псориатический артрит классический – при сумме баллов 16 и более.

Псориатический артрит определенный – при сумме баллов 11 – 15.

Псориатический артрит вероятный – при сумме баллов 8 – 10.

**Пример формулировки диагноза**

Серонегативная спондилоартропатия –дистальная межфаланговая псориатическая артропатия, а/ф, 2 степень активности.

Осложнения – ФНС II. Rt ст. 2.

**6.8.6 Подагра**

M10.0 Идиопатическая подагра

**Компоненты клинического диагноза**

*Диагностические критерии (Population Studies of the Rheumatic Diseases, 1966):*

1. Химическое или микроскопическое обнаружение кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости или отложении уратов в тканях.
2. При наличии двух или более следующих критериев:

- Четкий анамнез и/или наблюдение хотя бы двух атак болезненного припухания суставов конечностей (атаки, по меньшей мере, в ранних стадиях, должны начинаться внезапно с сильных болей; в течение 1 – 2 недель должна наступать полная клиническая ремиссия).
- Четкий анамнез и/или наблюдение подагры – одной атаки с поражением большого пальца ноги.
- Клинически доказанные тофусы.
- Четкий анамнез и/или наблюдение быстрой реакции на колхицин, т.е. уменьшение объективных признаков воспаления в течение 48 часов после начала терапии.

### Пример формулировки диагноза

Подагра, подагрический артрит, а/ф, 2 степень активности.

Осложнения – ФНС II. Rt ст. 2. Множественные тофусы. Мочекаменная болезнь.

## 6.8.7 Остеоартроз

### ***M15 Полиартроз***

M15.0 Первичный генерализованный (остео)артроз

M15.1 Узлы Гебердена (с артропатией)

M15.2 Узлы Бушара (с артропатией)

M15.3 Вторичный множественный артроз

M15.4 Эрозивный (остео)артроз

M15.8 Другой полиартроз

M15.9 Полиартроз неуточненный

### ***M16 Коксартроз [артроз тазобедренного сустава]***

M16.0 Первичный коксартроз двусторонний

M16.1 Другой первичный коксартроз

M16.2 Коксартроз в результате дисплазии двусторонний

M16.3 Другие диспластические коксартрозы

M16.4 Посттравматический коксартроз двусторонний

M16.5 Другие посттравматические коксартрозы

M16.6 Другие вторичные коксартрозы двусторонние

M16.7 Другие вторичные коксартрозы

M16.9 Коксартроз неуточненный

### ***M17 Гонартроз [артроз коленного сустава]***

M17.0 Первичный гонартроз двусторонний

M17.1 Другой первичный гонартроз

M17.2 Посттравматический гонартроз двусторонний

M17.3 Другие посттравматические гонартрозы

M17.4 Другие вторичные гонартрозы двусторонние

M17.5 Другие вторичные гонартрозы

M17.9 Гонартроз неуточненный

### ***M18 Артроз первого запястно-пястного сустава***

M18.0 Первичный артроз первого запястно-пястного сустава двусторонний

M18.1 Другие первичные артрозы первого запястно-пястного сустава

M18.2 Посттравматический артроз первого запястно-пястного сустава двусторонний

M18.3 Другие посттравматические артрозы первого запястно-пястного сустава

M18.4 Другие вторичные артрозы первого запястно-пястного сустава двусторонние

M18.5 Другие вторичные артрозы первого запястно-пястного сустава

M18.9 Артроз первого запястно-пястного сустава неуточненный

### ***M19.0 Первичный артроз других суставов***

M19.1 Посттравматический артроз других суставов

M19.2 Другой вторичный артроз  
M19.8 Другой уточненный артроз  
M19.9 Артроз неуточненный

#### Компоненты клинического диагноза

Для постановки диагноза остеоартроза наличие первых двух клинических и рентгенологических критериев обязательно.

Таблица 58

#### Диагностические критерии НИИ ревматологии РАМН (Л.И.Беневоленская и др.,1994)

Клинические критерии	Рентгенологические критерии
<b>Основные</b>	
1. Боли в суставах, возникающие в конце дня и/или в первой половине ночи.	1. Сужение суставной щели
2. Боли в суставах, возникающие после механической нагрузки и уменьшающиеся в покое.	2. Остеосклероз
<b>Дополнительные</b>	
3. Деформация суставов за счет костных разрастаний (включая узелки Гибердена и Бушара).	3. Остеофитоз.

Определение стадии остеоартроза по данным рентгенологического исследования:

0 – отсутствие рентгенологических признаков; I – сомнительная; II – минимальная; III – средняя; IV – выраженная.

#### Пример формулировки диагноза

Генерализованный остеоартроз (гонартроз, коксартроз, нодулярная форма).  
Осложнения: вторичный синовит коленных суставов. ФНС II. Rt ст. 3.

## VII. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ

### 7.1 АНЕМИИ

#### 7.1.1 Анемии, связанные с питанием (D50-d53)

**D50 Железодефицитная анемия**

- D50.0 Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови (хроническая)
- D50.1 Сидеропеническая дисфагия
- D50.8 Другие железодефицитные анемии
- D50.9 Железодефицитная анемия неуточненная
- D51 *Витамин-В 12-дефицитная анемия***
- D51.0 Витамин-В 12-дефицитная анемия вследствие дефицита внутреннего фактора
- D51.1 Витамин-В12-дефицитная анемия вследствие избирательного нарушения всасывания витамина В12 с протеинурией
- D51.2 Дефицит транскобаламина II
- D51.3 Другие витамин-В12-дефицитные анемии, связанные с питанием
- D51.8 Другие витамин-В12-дефицитные анемии
- D51.9 Витамин-В12-дефицитная анемия неуточненная
- D52 *Фолиеводефицитная анемия***
- D52.0 Фолиеводефицитная анемия, связанная с питанием
- D52.1 Фолиеводефицитная анемия медикаментозная
- D52.8 Другие фолиеводефицитные анемии
- D52.9 Фолиеводефицитная анемия неуточненная
- D53 *Другие анемии, связанные с питанием или фолатами***
- D53.0 Анемия вследствие недостаточности белков
- D53.1 Другие мегалобластные анемии, не классифицированные в других рубриках
- D53.2 Анемия, обусловленная цингой
- D53.8 Другие уточненные анемии, связанные с питанием
- D53.9 Анемия, связанная с питанием, неуточненная

#### **7.1.2 Гемолитические анемии (D55-d59)**

- D55 *Анемия вследствие ферментных нарушений***
- D55.0 Анемия вследствие недостаточности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы [Г-6-ФД]
- D55.1 Анемия вследствие других нарушений глутатионового обмена
- D55.2 Анемия вследствие нарушений гликолитических ферментов
- D55.3 Анемия вследствие нарушений метаболизма нуклеотидов
- D55.8 Другие анемии вследствие ферментных нарушений
- D55.9 Анемия вследствие ферментного нарушения неуточненная
- D56 *Талассемия***
- D56.0 Альфа-талассемия
- D56.1 Бета-талассемия
- D56.2 Дельта-бета-талассемия
- D56.3 Носительство признака талассемии
- D56.4 Наследственное персистенция фетального гемоглобина [НПФГ]
- D56.8 Другие талассемии
- D56.9 Талассемия неуточненная
- D57 *Серповидно-клеточные нарушения***
- D57.0 Серповидно-клеточная анемия с кризом
- D57.1 Серповидно-клеточная анемия без криза
- D57.2 Двойные гетерозиготные серповидно-клеточные нарушения
- D57.3 Носительство признака серповидно-клеточности
- D57.8 Другие серповидно-клеточные нарушения
- D58 *Другие наследственные гемолитические анемии***
- D58.0 Наследственный сфероцитоз
- D58.1 Наследственный эллиптоцитоз
- D58.2 Другие гемоглобинопатии
- D58.8 Другие уточненные наследственные гемолитические анемии
- D58.9 Наследственная гемолитическая анемия неуточненная

**D59 Приобретенная гемолитическая анемия**

- D59.0 Медикаментозная аутоиммунная гемолитическая анемия
- D59.1 Другие аутоиммунные гемолитические анемии
- D59.2 Медикаментозная неаутоиммунная гемолитическая анемия
- D59.3 Гемолитико-уремический синдром
- D59.4 Другие неаутоиммунные гемолитические анемии
- D59.5 Пароксизмальная ночная гемоглобинурия [Маркифавы-Микели]
- D59.6 Гемоглобинурия вследствие гемолиза, вызванного другими внешними причинами
- D59.8 Другие приобретенные гемолитические анемии
- D59.9 Приобретенная гемолитическая анемия неуточненная

**7.1.3 Апластические и другие анемии (D60-d64)****D60 Приобретенная чистая красноклеточная аплазия [эритробластопения]**

- D60.0 Хроническая приобретенная чистая красноклеточная аплазия
- D60.1 Преходящая приобретенная чистая красноклеточная аплазия
- D60.8 Другие приобретенные чистые красноклеточные аплазии
- D60.9 Приобретенная чистая красноклеточная аплазия неуточненная

**D61 Другие апластические анемии**

- D61.0 Конституциональная апластическая анемия
- D61.1 Медикаментозная апластическая анемия
- D61.2 Апластическая анемия, вызванная другими внешними агентами
- D61.3 Идиопатическая апластическая анемия
- D61.8 Другие уточненные апластические анемии
- D61.9 Апластическая анемия неуточненная

**D62 Острая постгеморрагическая анемия****D63\* Анемия при хронических болезнях, классифицированных в других рубриках**

- D63.0\* Анемия при новообразованиях (С00-D48)
- D63.8\* Анемия при других хронических болезнях, классифицированных в других рубриках

**D64 Другие анемии**

- D64.0 Наследственная сидеробластная анемия
- D64.1 Вторичная сидеробластная анемия в связи с другими заболеваниями
- D64.2 Вторичная сидеробластная анемия, вызванная лекарственными препаратами или токсинами
- D64.3 Другие сидеробластные анемии
- D64.4 Врожденная дизэритропоэтическая анемия
- D64.8 Другие уточненные анемии
- D64.9 Анемия неуточненная

**Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы.
2. Клинические формы: хроническая постгеморрагическая, железодефицитная, В12-дефицитная, фолиеводефицитная, апластическая, врожденные гемолитические, приобретенные иммунные, приобретенные неиммунные, анемии сложного (сочетанного) генеза и др.
3. Степень тяжести анемии (определяется по уровню гемоглобина).

Таблица 59

**Классификация анемий по степени тяжести**

Степень тяжести	Уровень гемоглобина
латентная	до 110 г/л
легкая (I степень тяжести)	110-90 г/л

средней тяжести (II степень тяжести)	90-70 г/л
тяжелая (III степень тяжести)	менее 70 г/л

4. Возможные осложнения: геморрагический синдром, некротическая ангина, гемолитический криз и др.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Железодефицитная анемия (хроническая постгеморрагическая) средней степени тяжести на фоне рецидивирующих геморроидальных кровотечений.
2. Мегалобластная (B12-дефицитная) анемия, II степени тяжести, на фоне атрофического гастрита.
3. Анемия сложного генеза, III степени тяжести (B12-железодефицитная анемия). Резекция 2/3 желудка в 1987 году по поводу язвенной болезни желудка.
4. Апластическая анемия III степени тяжести.  
Осложнения: геморрагический синдром, некротическая ангина.
5. Врожденная микросфероцитарная гемолитическая анемия, II степени тяжести.  
Осложнения: гемолитический криз.
6. Аутоиммунная гемолитическая анемия, III степени тяжести.  
Осложнения: гемолитический криз.
7. Железодефицитная анемия на фоне гиперменорреи, латентная форма.

## 7.2 НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ, ПУРПУРА И ДРУГИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

**D65** *Диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации]*

**D66** *Наследственный дефицит фактора VIII*

**D67** *Наследственный дефицит фактора IX*

**D68** *Другие нарушения свертываемости*

D68.0 Болезнь Виллебранда

D68.1 Наследственный дефицит фактора XI

D68.2 Наследственный дефицит других факторов свертывания

D68.3 Геморрагические нарушения, обусловленные циркулирующими в крови антикоагулянтами

D68.4 Приобретенный дефицит фактора свертывания

D68.8 Другие уточненные нарушения свертываемости

D68.9 Нарушение свертываемости неуточненное

**D69** *Пурпура и другие геморрагические состояния*

D69.0 Аллергическая пурпура

D69.1 Качественные дефекты тромбоцитов

D69.2 Другая нетромбоцитопеническая пурпура

D69.3 Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

D69.4 Другие первичные тромбоцитопении

D69.5 Вторичная тромбоцитопения

D69.6 Тромбоцитопения неуточненная

D69.8 Другие уточненные геморрагические состояния

D69.9 Геморрагическое состояние неуточненное

#### Компоненты клинического диагноза

1. Этиологические факторы.
2. Клинические формы: тромбоцитопатии врожденные, тромбоцитопатии приобретенные, тромбоцитопении иммунные, коагулопатии врожденные, коагулопатии приобретенные,

вазопатии врожденные, вазопатии приобретенные, геморрагические диатезы сочетанного генеза.

3. Степень тяжести (необходимо указывать при коагулопатиях и возможно определение при тромбоцитопатиях и вазопатиях): легкая (I степень тяжести), средней степени (II степень тяжести), тяжелая (III степень тяжести).

4. Осложнения: кровотечения, постгеморрагическая анемия, гемартрозы и др.

### Примеры формулировки диагноза

1. Врожденная тромбоцитопатия (болезнь Гланцмана).

Осложнения: хроническая постгеморрагическая анемия, II степени тяжести, на фоне рецидивирующих маточных кровотечений.

2. Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура.

Осложнения: рецидивирующие носовые кровотечения, хроническая постгеморрагическая анемия, I степени тяжести.

3. Гемофилия "А", средней степени тяжести.

Осложнения: гемартроз правого коленного сустава.

4. Болезнь Виллебранда, II степени тяжести.

Осложнения: желудочно-кишечное кровотечение, острая постгеморрагическая анемия.

5. Геморрагический васкулит с кожным, суставным, почечным синдромом, стадия обострения.

6. Болезнь Рандю-Ослера (геморрагический ангиоматоз).

Осложнения: рецидивирующее носовое кровотечение, хроническая постгеморрагическая анемия, II степени тяжести.

*Примечание:* в некоторых случаях указывается характер течения заболевания, например: геморрагический васкулит, кожная форма, рецидивирующее течение. Осложнения: трофические язвы голеней.

## 7.3 ЛЕЙКОЗЫ

### ***C90 Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования***

C90.0 Множественная миелома

C90.1 Плазмоклеточный лейкоз

C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная

### ***C91 Лимфоидный лейкоз [лимфолейкоз]***

C91.0 Острый лимфобластный лейкоз

C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз

C91.2 Подострый лимфоцитарный лейкоз

C91.3 Пролимфоцитарный лейкоз

C91.4 Волосатоклеточный лейкоз

C91.5 Т-клеточный лейкоз взрослых

C91.7 Другой уточненный лимфоидный лейкоз

C91.9 Лимфоидный лейкоз неуточненный

### ***C92 Миелоидный лейкоз [миелолейкоз]***

C92.0 Острый миелоидный лейкоз

C92.1 Хронический миелоидный лейкоз

C92.2 Подострый миелоидный лейкоз

C92.3 Миелоидная саркома

C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз

C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз

C92.7 Другой миелоидный лейкоз

C92.9 Миелоидный лейкоз неуточненный

### ***C93 Моноцитарный лейкоз***

- C93.0 Острый моноцитарный лейкоз
- C93.1 Хронический моноцитарный лейкоз
- C93.2 Подострый моноцитарный лейкоз
- C93.7 Другой моноцитарный лейкоз
- C93.9 Моноцитарный лейкоз неуточненный
- C94 Другой лейкоз уточненного клеточного типа**

- C94.0 Острая эритремия и эритролейкоз
- C94.1 Хроническая эритремия
- C94.2 Острый мегакариобластный лейкоз
- C94.3 Тучноклеточный лейкоз
- C94.4 Острый панмиелоз
- C94.5 Острый миелофиброз
- C94.7 Другой уточненный лейкоз

**C95 Лейкоз неуточненного клеточного типа**

- C95.0 Острый лейкоз неуточненного клеточного типа
- C95.1 Хронический лейкоз неуточненного клеточного типа
- C95.2 Подострый лейкоз неуточненного клеточного типа
- C95.7 Другой лейкоз неуточненного клеточного типа
- C95.9 Лейкоз неуточненный

### 7.3.1 Лейкозы острые

#### Компоненты клинического диагноза

1. Клинико-морфологические формы: лимфобластный, миелобластный, монобластный, миеломонобластный, промиелоцитарный, недифференцированный и др.
2. Стадия заболевания: развернутых клинических проявлений, ремиссия, рецидив.
3. Осложнения: некротическая ангина, язвенный стоматит, геморрагический синдром и др.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Острый лимфобластный лейкоз, стадия развернутых клинических проявлений.  
Осложнения: некротическая ангина, язвенный стоматит, геморрагический синдром.
2. Острый миелобластный лейкоз, клинико-гематологическая ремиссия.
3. Острый недифференцированный лейкоз, рецидив.  
Осложнения: нейрорлейкоз.

*Примечание:* в некоторых случаях указывают этапы клинического течения заболевания, например: острый миелобластный лейкоз, рецидив, период индукции ремиссии, клиническое улучшение. Повторные ремиссии, рецидивы определяются порядковым номером, например: острый лимфобластный лейкоз, рецидив III, течение резистентное к проводимой цитостатической терапии.

### 7.3.2 Лейкозы хронические

#### Компоненты клинического диагноза

1. Клинико-морфологические формы: хронический миелорлейкоз, доброкачественный сублейкемический миелоз, эритремия, хронический моноцитарный лейкоз, хронический лимфобластный лейкоз, миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема и др.
2. Стадия заболевания: начальная, развернутых клинических проявлений, терминальная. Для хронического миелорлейкоза стадии: хроническая, акселерации, терминальная.
3. Осложнения.

#### Примеры формулировки диагноза

1. Хронический миелолейкоз, терминальная стадия (бластный криз).  
Осложнения: геморрагический синдром.
2. Хронический лимфолейкоз, стадия развернутых клинических проявлений, гепатолиенальная форма;  
Осложнения: аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопения.
3. Эритремия (полицитемия), стадия развернутых клинических проявлений (ПА стадия).
4. Доброкачественный сублейкемический миелоз, терминальная (дистрофическая) стадия.  
Осложнения: анемический синдром, геморрагический синдром.
5. Миеломная болезнь, стадия развернутых клинических проявлений.  
Осложнения: патологический перелом VI ребра слева, миеломная нефропатия, ХПН ПА стадии.
6. Болезнь Вальденстрема (идиопатическая макроглобулинемия).  
Осложнения: рецидивирующие носовые кровотечения, анемия сложного генеза, II степени тяжести (миелодиспластическая, хроническая постгеморрагическая).

## **VIII АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

### **8.1 АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК**

**T78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищевые продукты.**

T78.2 Анафилактический шок неуточненный.

T80.5 Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки.

T80.6 Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно применяемое лекарственное средство.

*Примечание:* Анафилактический шок вследствие инсектной аллергии рекомендуется шифровать кодом L 50.8 Другая крапивница (Р.М. Хаитов, 2003)

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиологические факторы: медикаменты, укусы насекомых и др.
2. Варианты течения: молниеносная форма, типичная форма.
3. Степень тяжести (определяется по степени нарушения гемодинамики):  
I - легкая, II- средней тяжести, III- тяжелая, IV- терминальная.
4. Осложнения.

*Примечание:* термин «типичная форма» в формулировке диагноза обычно не указывается.

#### **Примеры формулировки диагноза**

1. Анафилактический шок II степени тяжести. Лекарственная аллергия на пенициллин.
2. Анафилактический шок III степени тяжести, молниеносная форма. Лекарственная аллергия на лидокаин.

## **8.2 АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК (ОТЕК КВИНКЕ)**

T78.3 Ангионевротический отек (отек Квинке)

*Примечание:* отек Квинке следует отличать от *наследственного ангионевротического отека*, который шифруется кодом D84.1 Наследственный сосудистый отек.

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Течение: острое, рецидивирующее.
2. Локализация: область гортани.
3. Осложнения: асфиксия и др.

#### **Пример формулировки диагноза**

Ангионевротический отек (отек Квинке), острое течение с локализацией в области гортани. Осложнения: асфиксия.

## **8.3 КРАПИВНИЦА**

**L50.0 Аллергическая крапивница.**

L50.1 Идиопатическая крапивница.

L50.2 Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры.

L50.3 Дермографическая крапивница.

L50.4 Вибрационная крапивница.

L50.5 Холинергическая крапивница.

L50.6 Контактная крапивница.

L50.8 Другая крапивница.

L50.9 Крапивница неуточненная.

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Этиология: аллергическая, дермографическая, вибрационная, холинергическая, контактная, идиопатическая и др.
2. Варианты течения: острое, хроническое (более 6 недель), рецидивирующее.
3. Фазы заболевания: обострение, ремиссия.
4. Осложнения.

#### **Пример формулировки диагноза**

Холодовая хроническая рецидивирующая крапивница в фазе обострения.

### **8.4 АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ**

#### **L20 Атопический дерматит**

L20.8 Другие атопические дерматиты.

L20.9 Атопический дерматит неуточненный

#### **Компоненты клинического диагноза**

1. Степень тяжести: определяется в баллах по шкале SCORAD, предусматривающей балльную оценку 7 объективных и 2 субъективных симптомов, которые заносятся в оценочный лист (см. медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы).
2. Фаза заболевания: обострение, ремиссия.
3. Осложнения.

#### **Пример формулировки диагноза**

Атопический дерматит, обострение, степень тяжести 40 по шкале SCORAD.

## **IX. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Медицинская карта амбулаторного больного - форма № 025/у-87, утвержденная приказом Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338 "О ведении новой формы медицинской карты амбулаторного больного"(с изм. и доп.), и форма № 025/у-04, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" является основным первичным учетным документом амбулаторно-поликлинической помощи. Учетные формы № 025/у-87 и № 025/у-04 заполняются согласно инструкциям, утвержденным соответствующими приказами .

Медицинская карта амбулаторного больного является основным медицинским документом пациента, проходящего обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Она заполняется на каждого больного при первом обращении за медицинской помощью в ЛПУ. Медицинская карта амбулаторного больного на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой "Л".

Основными принципами ведения медицинской карты амбулаторного больного являются:

описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения и другой необходимой информации;

соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;

отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса;

понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации;

рекомендации пациенту при завершении обследования и окончании лечения.

### **9.1 ТРЕБОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО:**

- заполнять титульный лист медицинской карты в соответствии с приказами Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338 и Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 225;
- отражать жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический (верифицированный) диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, а также всю информацию по наблюдению больного на догоспитальном этапе (профилактические медицинские осмотры, результаты диспансерного наблюдения, обращения на станцию скорой медицинской помощи и др.);
- выявлять и фиксировать факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;
- излагать объективную обоснованную информацию для обеспечения "защиты" медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска;
- фиксировать дату каждой записи;
- каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой Ф.И.О.);
- оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача;
- не допускать записей, не имеющих отношения к оказанию медицинской помощи данному пациенту;
- записи в амбулаторной карте должны быть последовательными, логичными и продуманными;
- своевременно направлять больного на заседание врачебной комиссии и медико-социальную экспертизу;

- уделять особое внимание записям при оказании экстренной медицинской помощи и в сложных диагностических случаях;
- обосновывать назначенное лечение льготной категории пациентов;
- предусматривать для льготных категорий больных выписку рецептов в 3 экземплярах (один вклеивается в амбулаторную карту).

Медицинская карта амбулаторного больного состоит из листков долговременной информации (вклеиваются в начало карты) и листков оперативной информации. В листках долговременной информации отражаются: паспортная часть, в листе сигнальных отметок - группа крови, резус-фактор, аллергические реакции, перенесенные инфекционные заболевания.

К листку долговременной информации относится лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов. Эти записи крайне необходимы для полноты и точности учета заболеваемости. Своевременная выписка всех диагнозов в лист заключительных диагнозов позволяет врачу легко и быстро получить сведения о прежних заболеваниях, перенесенных больным, что важно для оценки состояния его здоровья. Записи в листе заключительных диагнозов позволяют лечащему врачу решать также вопросы диспансерного наблюдения, специального лечения, необходимости в консультировании и т. д.

Впоследствии в медицинскую карту амбулаторного больного вклеиваются листки оперативной информации - в порядке текущих событий. Лечащий врач в первичной медицинской документации фиксирует дату, а в некоторых случаях и час обращения в ЛПУ.

С учетом жалоб обратившегося, их детализации, анамнеза заболевания, данных объективного обследования врач устанавливает нозологическую модель пациента (приказ Минздрава России от 03.08.1999 №303 «О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных"»). Модель учитывает стадию, фазу заболевания и возможные осложнения. При постановке диагноза особое внимание следует уделять его обоснованности.

Все болезненные состояния и проблемы, связанные со здоровьем, выявленные при контакте врача с пациентом, подлежат регистрации и кодированию. Кодирование нозологии осуществляется по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

В рекомендациях больному следует обозначить: набор диагностических, лечебно-оздоровительных мероприятий, вид лечебно-охранительного режима и необходимые консультации.

Особое внимание следует уделить оформлению назначения лекарственных средств льготной категории пациентов.

## **9.2 ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ ОТРАЖЕНО В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ:**

- запись врача о приеме, диагноз, результаты осмотра больного на момент выписки лекарственных средств, подтверждающие необходимость в них;
- дата выписки рецептов;
- копии выписанных рецептов с указанием номера рецепта;
- доза и кратность приема лекарственных препаратов.

Дата выписки рецепта, его номер, наименование лекарственных средств должны соответствовать записи в амбулаторной карте. Выписанные лекарственные средства должны соответствовать кодам заболеваний по МКБ-10. Выписка льготных лекарственных средств гражданам, не входящим в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, запрещена.

В случае временной нетрудоспособности собирается экспертный анамнез, проводится экспертиза временной нетрудоспособности. При признании пациента временно нетрудоспособным, в т. ч. при посещении пациента на дому, оформляется листок нетрудоспособности (справка) в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 514 "О порядке выдачи медицинскими организациями листков не-

трудоспособности" и другими действующими нормативными документами. Указываются серия, номер листка нетрудоспособности, срок продления, дата очередного посещения врача.

При последующих осмотрах в медицинской карте амбулаторного больного отражаются динамика течения заболевания; эффективность проводимого лечения; обосновывается либо продление сроков освобождения пациента от работы (учебы), либо закрытие листка нетрудоспособности (справки).

При направлении пациента на заседание врачебной комиссии врач оформляет краткий эпикриз с указанием цели направления, с обязательной оценкой состояния больного в динамике, анализом результатов обследования и лечения. Также отмечается количество дней временной нетрудоспособности по последнему случаю временной нетрудоспособности и за последние 12 месяцев, наличие (или отсутствие) группы инвалидности, предполагаемый трудовой и клинический прогноз (с обоснованием: вид нетрудоспособности – заболевание, травма, несчастный случай на производстве и др; а также профессию и занимаемую должность (особенности трудовой деятельности)).

В медицинской документации фиксируется согласие больного на медицинское вмешательство. Это предусмотрено ст. 32 ("Согласие на медицинское вмешательство") Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - Основы), где указано, что "необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина". Это заключение вводит 3 характеристики медицинского вмешательства:

предварительность (у пациента должно быть время, чтобы изучить информацию и принять решение относительно предложенного варианта обследования и лечения);

информированность (включает в себя сведения о наличии заболевания, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация пациенту предоставляется в соответствии с ч. 1 ст. 31 Основ);

добровольность (пациент должен сам принять решение о медицинском вмешательстве, при этом он может консультироваться у других специалистов).

"В случаях, когда состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц ЛПУ" (ст. 32 Основ). В ст. 32 нет понятия "законного" представителя.

В медицинской документации добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство должно быть оформлено в соответствии с п. 03.02.10 "Форма информированного согласия пациента при выполнении протокола и дополнительная информация для пациента и членов семьи" приказа Минздрава России от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования"». Форма информированного согласия при выполнении протокола разрабатывается с учетом особенностей для каждой модели пациента и должна включать следующие общие сведения:

- об этиологии и патогенезе;
- методах диагностики, лечения, реабилитации;
- методах первичной и вторичной профилактики;
- перспективах и результатах медицинского вмешательства;
- возможных осложнениях, методах и результатах их коррекции;
- влиянии медицинского вмешательства на качество жизни.

Возможно создание в одном протоколе нескольких форм информированного согласия больного, отражающих вопросы, связанные с диагностикой заболевания, отдельными методами профилактики, лечения и реабилитации.

При наличии в протоколе ведения больного потенциально опасных для жизни и здоровья пациента методов профилактики, диагностики и лечения эксперты должны выделить их в отдельный раздел информированного согласия и привести сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции.

При разработке формы информированного согласия необходимо учитывать сложившиеся в стране традиции, особенности менталитета, национальные и религиозные ограничения.

Дополнительные сведения для пациента включают информацию для самолечения и информацию для членов семьи по уходу за пациентом, особенностям его питания, режима, приема медикаментов.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется во всех случаях обследования, лечения и при иных действиях, имеющих профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, исследовательскую направленность, выполняемых врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту. Оно должно быть подписано лечащим врачом и пациентом. В соответствии со ст. 33 ("Отказ от медицинского вмешательства") Основ "...гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения... При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником".

В случае смерти больного одновременно с выдачей свидетельства о смерти в медицинской карте амбулаторного больного производятся записи о дате и причине смерти. В качестве причины смерти указывается болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, приведших к смерти, либо обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются на хранение в архив. приказом главного врача ЛПУ. Система хранения первичной медицинской документации должна исключать нарушение конфиденциальности и возможность незаконного доступа к ней.

В пункте 3.2 приказа Минздрава России № 291, ФСС России № 167 от 06.10.1998 "Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности" указывается, что руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ должны обеспечить хранение медицинских карт амбулаторных больных в ЛПУ в соответствии с установленным порядком. Порядок хранения и движения медицинских карт амбулаторного больного целесообразно регламентировать приказом главного врача ЛПУ. Система хранения первичной медицинской документации должна исключать нарушение конфиденциальности и возможность незаконного доступа к ней.

### **9.3 ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 025/У-04 "МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО"**

Медицинская карта амбулаторного больного (далее - Карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская Карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей.

Карты ведутся во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты, карты находятся в регистратуре по

участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".

Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью (консультацией).

На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинского учреждения в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН.

Вносится номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинским учреждением.

В строке 1 "Страховая медицинская организация" указывается наименование страховой компании, выдавшей страховой медицинский полис ОМС.

В строку 2 вписывается номер страхового медицинского полиса ОМС в соответствии с бланком представленного полиса.

В строке 3 проставляется код льготы.

В строке 4 проставляется страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг (Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", Собрание законодательства Российской Федерации от 30 августа 2004 года № 35, ст. 3607).

Фамилия, имя, отчество гражданина, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

При отсутствии у гражданина постоянного места жительства в Российской Федерации указывается адрес регистрации по месту пребывания.

Номера телефонов, домашнего и рабочего, записываются со слов пациента.

В строках 13 "Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, номер, серия, дата, кем выдан)" и 14 "Группа инвалидности" проставляется запись по представленному документу.

В строку 14 вписывается группа инвалидности, имеющаяся у пациента.

В строке 15 производится отметка о месте работы, должности. В случае изменения адреса или места работы заполняется пункт 16.

Далее Карта заполняется медицинским работником (участковым врачом, врачом-специалистом, фельдшером на ФАПе, врачом общей практики), осуществляющим наблюдения за больным.

В таблице пункта 17 "Заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению" указываются заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.

Записи в данной таблице делаются на основании "Контрольной карты диспансерного наблюдения" (учетной формы № 030/у-04).

Строка 18 заполняется в соответствии с результатами лабораторных исследований.

Строка 19 заполняется по сведениям медицинской документации о выявленной лекарственной непереносимости или со слов больного.

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет.

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 17 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы. В случаях когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается при случае когда поставленный и записанный на "лист" диагноз заменяется другим, "неправильный" диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист". В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.) записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на "листе" знаком "+" (плюс).

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т. д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на "листе" знаком "+" (плюс).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в установленном порядке, в порядке текущих наблюдений.

Здесь же записываются консультации специалистов, врачебных комиссий и т. д.

Медицинские карты амбулаторного больного, истории развития ребенка хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в центральных районных больницах и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

## СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой/. – М.: 2006. – 104с.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений (руководство для врачей).- М.: Медицина, 2005.- 512 с.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). – М.: Медицина, 2002.- 752 с.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2000. – 631с.
5. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации / Под редакцией акад. РАМН. Ивашкина В.Т. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 182с.
6. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких / Под редакцией Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2007. – 96с.
7. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под редакцией Чучалина А.Г. М.: Атмосфера, 2007. – 104с.
8. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии и гепатологии. – М.: 2003. – 112с.
9. Иммунопатология и аллергология. Алгоритмы диагностики и лечения / Под ред. Р.М. Хайтова. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2003. – 112с.
10. Клиническая онкогематология / Под ред. М.А. Волковой. – М.: Медицина, 2008. – 572с.
11. Клинические рекомендации и алгоритмы. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: «Волга Медиа», 2004. – 112с.
12. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы / Под ред. Р.М. Хайтова. – М.: Медицина, 2002. – 118с.
13. Мухин Н.А. с соавт. Диагностика и лечение болезней почек. – М.: ГЕОТАР МЕД, 2002. – 384с.
14. Национальные клинические рекомендации / Разработаны Комитетом экспертов ВНОК. – М.: 2008. – 512с.
15. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.1. Диагностика болезней органов пищеварения. – М.: Мед. лит., 2005. – 560 с.
16. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.6-9. Диагностика болезней сердца и сосудов. – М.: Мед. лит., 2006. – 464 с.
17. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей / Под общей редакцией Ивашкина В.Т. М.: Литтера, 2003. – 1044с.
18. Респираторная медицина. В 2 т. / Под редакцией Чучалина А.Г. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007.
19. Рукавицын О.А. Гематология. Руководство для врачей – СПб.: 2007. – 911с.
20. Руководство по гематологии. В 3 т./ Под ред. А.И. Воробьева. – 3-е изд.– М.: Ньюдиамед, 2005. – Т.1-3.
21. Рябов С.И. Нефрология. – СПб.: Фолиант, 2000. – 420с.
22. Савченко В.Г. Программное лечение лейкозов. – М.: 2008. – 484с.
23. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (приказ МЗ РФ №300). – М.: 1998. – 36с.
24. Хоффбранд В., Петтит Дж. Гематология. Атлас-справочник. – М.: Практика, 2007. – 406с.
25. Хроническая обструктивная болезнь легких. Протокол ведения больных, утвержденный зам. министра здравоохранения и соцразвития РФ Стародубовым В.И. 4 июля 2005 г.
26. Шилов Е.М. Руководство по нефрологии. М. Геотар Мнд. – 2007. – 385с.

## СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТРУКТУРИРОВАНИЯ И СОСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА....4	
<b>I. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> .....	6
<b>1.1 БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ</b> .....	6
<b>1.2 СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ</b> .....	9
<b>1.3 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)</b> .....	10
<b>1.3.1 Стенокардия</b> .....	11
<b>1.3.2 Инфаркт миокарда</b> .....	13
<b>1.4 ПЕРИКАРДИТЫ</b> .....	15
<b>1.5 ЭНДОКАРДИТЫ</b> .....	17
<b>1.6 ПОРОКИ СЕРДЦА</b> .....	21
<b>1.7 МИОКАРДИТ</b> .....	27
<b>1.8 КАРДИОМИОПАТИИ</b> .....	31
<b>1.9 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА</b> .....	32
1.9.1.....Нарушения функции проводимости блокады) .....	32
<b>1.9.2</b> Нарушения функции автоматизма и эктопические ритмы .....	33
<b>1.9.3</b> Синдром преждевременного возбуждения желудочков (ПВЖ) .....	35
<b>II. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</b> .....	36
<b>2.1 ОСТРЫЙ БРОНХИТ</b> .....	36
<b>2.2 ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ</b> .....	36
<b>2.3 ПНЕВМОНИЯ</b> .....	37
<b>2.4 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)</b> .....	38
<b>2.5 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА</b> .....	39
<b>2.6 ПЛЕВРИТЫ</b> .....	40
<b>2.7 АБСЦЕСС ЛЕГКОГО</b> .....	40
<b>2.8 БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ</b> .....	41
<b>III. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b> .....	42
<b>3.1 БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА</b> .....	42
<b>3.1.1</b> Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь .....	42
<b>3.1.2</b> Ахалазия кардии .....	43
<b>3.1.3</b> Дивертикулы пищевода .....	43
<b>3.1.4</b> Эзофагиты .....	43
<b>3.2 БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ</b> .....	44
<b>3.2.1</b> Острый гастрит .....	44
<b>3.2.2</b> Хронические гастриты .....	44
<b>3.2.3</b> Язвенная болезнь .....	45

3.2.4	Симптоматические и медикаментозные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	
3.2.5	Болезни оперированного желудка	46
3.2.6	Дуодениты	47
3.3	БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ	47
3.3.1	Гепатит хронический (ХГ)	47
3.3.2	Циррозы печени	48
3.4	БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
3.4.1	Холецистит	49
3.4.2	Желчнокаменная болезнь	50
3.4.3	Постхолецистэктомический синдром	50
3.4.4	Панкреатит	50
3.5	ЭНТЕРИТ И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ТОНКОЙ КИШКИ	51
IV	ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛИТ И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	52
V	БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ	54
4.1	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (СД)	54
4.2	ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	57
4.3	ПАТОЛОГИЯ ГИПОФИЗА	58
4.3.1	Аденома гипофиза	58
4.3.2	Гипофункция гипофиза	59
4.4	АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	59
4.5	СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА	60
4.6	ПАТОЛОГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ	61
4.7	ОЖИРЕНИЕ И ДРУГИЕ ВИДЫ ИЗБЫТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ	62
V	БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	64
5.1	ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	64
5.1.1	Бессимптомная бактериурия	64
5.1.2	Хронический пиелонефрит	64
5.1.3	Хронический цистит	65
5.2	ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ НЕФРИТЫ	65
5.3	ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ	66
5.3.1	Острый гломерулонефрит	67
5.3.2	Быстро прогрессирующий гломерулонефрит	67
5.3.3	Хронический гломерулонефрит	68
5.4	АМИЛОИДОЗ	69
5.5	КАНАЛЬЦЕВЫЕ ДИСФУНКЦИИ	70

5.6	ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК.....	71
5.7	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК.....	71
5.8	ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	71
5.9	ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	74
5.10	РЕАКЦИИ ОТТОРЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА.....	75
<b>VI</b>	<b><u>РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ</u></b> .....	<b>77</b>
6.1	ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА И РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА.....	77
6.2	СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА .....	78
6.3	СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ .....	79
6.4	ПОЛИМИОЗИТ И ДЕРМАТОМИОЗИТ.....	80
6.5	СМЕШАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СЗСТ).....	82
6.6	БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ .....	82
6.7	ВАСКУЛИТЫ .....	83
6.7.1	Неспецифический аортоартериит (артериит Такаясу) .....	83
6.7.2	Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия.....	85
6.7.3	Узелковый полиартериит. Синдром Чарджа-Стросса. Микроскопический полиангиит (полиартериит) .....	86
6.7.4	Облитерирующий тромбоангиит.....	88
6.7.5	Гранулематоз Вегенера.....	88
6.7.6	Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейн-Геноха).....	89
6.8	ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ .....	89
6.8.1	Ревматоидный артрит (РА).....	89
6.8.2	Анкилозирующий спондилит.....	91
6.8.3	Болезнь Рейтера.....	92
6.8.4	Реактивный артрит .....	92
6.8.5	Псориатический артрит (псориатическая артропатия) .....	94
6.8.6	Подагра.....	94
6.8.7	Остеоартроз.....	95
<b>VII</b>	<b><u>БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ</u></b> .....	<b>97</b>
7.1	АНЕМИИ .....	97

7.1.1	Анемии, связанные с питанием (D50-d53).....	97
7.1.2	Гемолитические анемии (D55-d59) .....	97
7.1.3	Апластические и другие анемии (D60-d64).....	98
7.2	НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ, ПУРПУРА И ДРУГИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ .....	99
7.3	ЛЕЙКОЗЫ.....	100
7.3.1	Лейкозы острые .....	101
7.3.2	Лейкозы хронические .....	101
VIII	<u>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</u> .....	103
8.1	АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК.....	103
8.2	АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК (ОТЕК КВИНКЕ) .....	103
8.3	КРАПИВНИЦА.....	103
8.4	АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ .....	104
IX	<u>ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</u> .....	105
9.1	ТРЕБОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО .....	105
9.2	ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ ОТРАЖЕНО В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ .....	106
9.3	ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 025/У-04 "МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО" .....	108
	СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	111