

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Класифікація, стандарти діагностики та лікування

За редакцією проф. В. М. Коваленка,
проф. М. І. Лугая,
проф. Ю. М. Сіренка

Матеріал надруковано завдяки освітньому гранту, наданому компанією
«Серв'є Україна» – офіційним партнером Асоціації кардіологів України

УДК: 616.1-005-07-08

Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За редакцією проф. В. М. Коваленка, проф. М. І. Лутая, проф. Ю. М. Сіренка

ЗМІСТ

1. Список членів робочих груп та комітетів Українського наукового товариства кардіологів, які брали участь у розробці відповідних класифікацій та стандартів лікування	6
2. <i>Розділ 1.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ ІХС	9
3. <i>Розділ 2.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ	14
4. <i>Розділ 3.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	17
5. <i>Розділ 4.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ КАРДІОМІОПАТІЙ, МІОКАРДИТІВ ТА ПЕРИКАРДИТІВ	27
6. <i>Розділ 5.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ НАБУТИХ ВАД СЕРЦЯ ТА ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ	31
7. <i>Розділ 6.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ	40
8. <i>Розділ 7.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	45
9. <i>Розділ 8.</i> КЛАСИФІКАЦІЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ (НЦД)	48
10. <i>Клінічні протоколи:</i>	
• Надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом без елевації ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія)	48
• Надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом з елевацією ST (інфарктом міокарда з зубцем Q)	53
• Надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією напруження I-II ФК	59
• Надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією напруження III-IV ФК	63
• Надання медичної допомоги хворим із дисліпідеміями	67
• Надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) I-II стадії	70
• Надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) III стадії	73
• Надання медичної допомоги хворим із дилатаційною кардіоміопатією	77
• Надання медичної допомоги хворим на гіпертрофічну кардіоміопатію	81
• Надання медичної допомоги хворим із міокардитом	83
• Надання медичної допомоги хворим на гострий перикардит, хронічний констриктивний перикардит	88

ISBN 978-966-2978-17-9

© Асоціація кардіологів України, 2007

• Надання медичної допомоги хворим на інфекційний ендокардит	91
• Надання медичної допомоги хворим на хронічну ревматичну хворобу серця (вади серця)	93
• Надання медичної допомоги хворим із нейроциркуляторною дистонією	96
• Надання медичної допомоги хворим із екстрасистолічною аритмією та парасистолією	98
• Надання медичної допомоги хворим із надшлуночковими тахікардіями	104
• Надання медичної допомоги хворим з фібриляцією (тріпотінням) передсердь	108
• Надання медичної допомоги хворим із шлуночковими порушеннями ритму	114
• Надання медичної допомоги хворим із хронічною серцевою недостатністю	118

Вельмишановний колего!

Ви тримаєте в руках рекомендації Української асоціації кардіологів з класифікації, діагностики та лікування кардіологічних хворих. Текст рекомендацій базується на перших українських стандартах надання допомоги кардіологічним хворим. З моменту їх затвердження Наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я від 03.07.2006 року вітчизняна кардіологія зробила крок назустріч лікарям і пацієнтам. Тепер Ви можете з повною відповідальністю говорити про Вашу щоденну практику. Ці стандарти було підготовлено за участю усіх провідних спеціалістів-кардіологів України. Розробку документу було почато в 2004 році під керівництвом тодішнього головною кардіолога МОЗ, члена-кореспондента АМН України, професора К. М. Амосової. Потім цю роботу було продовжено співробітниками ННЦ «Інститут кардіології імені М. Д. Стражеска» під керівництвом його директора, Головного спеціаліста МОЗ з внутрішніх хвороб, члена-кореспондента АМН України, професора В. М. Коваленка. Текст стандартів неодноразово проходив громадські обговорення та рецензування на різних рівнях та етапах його підготовки і затвердження. В стандарти увійшли сучасні положення, які довели свою ефективність протягом тривалого періоду їх використання в світовій клінічній практиці.

Рекомендації є офіційним документом Української асоціації кардіологів, метою якою є покращення діагностики та лікування серцево-судинних захворювань у нашій країні. Вони призначені для кардіологів, терапевтів, кардіохірургів, сімейних лікарів, а також викладачів вищих медичних навчальних закладів.

**СПИСОК ЧЛЕНІВ РОБОЧИХ ГРУП ТА КОМІТЕТІВ
УКРАЇНСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА
КАРДІОЛОГІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У РОЗРОБЦІ
ВІДПОВІДНИХ КЛАСИФІКАЦІЙ ТА СТАНДАРТІВ
ЛІКУВАННЯ**

РОБОЧІ ГРУПИ

Гострі стани та невідкладна допомога в кардіології

1. Пархоменко О.М. (Київ) – модератор
2. Амосова К.М. (Київ)
3. Голобородько Б. І. (Одеса)
4. Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
5. Дикун Я.В. (Харків)
6. Нетяженко В.З. (Київ)
7. Шумаков В.О. (Київ)
8. Следзевська І.К. (Київ)
9. Соколов Ю.М. (Київ)
10. Ташук В.К. (Чернівці)

Атеросклероз та хронічні форми ІХС

1. Лутай М.І. (Київ) – модератор
2. Волков В.І. (Харків)
3. Коваль О.А. (Дніпропетровськ)
4. Коркушко О.В. (Київ)
5. Лисенко А.Ф. (Київ)
6. Рішко М.В. (Ужгород)
8. Маньковський Б.М. (Київ)
9. Мітченко О.І. (Київ)
10. Середюк Н.М. (Івано-Франківськ)
11. Фуркало М.К. (Київ)
12. Целуйко В.Й. (Харків)
13. Смирнова І.П. (Київ)

Метаболічний синдром, цукровий діабет та серцево-судинні захворювання

1. Мітченко О.І. (Київ) – модератор
2. Лутай М.І. (Київ)
3. Корпачев В.В. (Київ)
4. Свіщенко Е.П. (Київ)
5. Сіренко Ю.М. (Київ)
6. Талаєва Т. В. (Київ)
7. Маньковський Б.М. (Київ)

6

8. Ковальова О.М. (Харків)
9. Звягіна Т.В. (Донецьк)
10. Багрій А.Е. (Донецьк)
11. Коваль С.М. (Харків)

Інтервенційна кардіологія

1. Соколов Ю.М. (Київ) – модератор
2. Грабов С.А. (Дніпропетровськ)
3. Костенко Л.М. (Київ)
4. Матерухін А.М. (Запоріжжя)
5. Панічкін Ю.В. (Київ)
6. Поваляшко П.П. (Львів)
7. Соколов М.Ю. (Київ)
8. Фуркало С.М. (Київ)

Артеріальна гіпертензія

1. Свіщенко Е.П. (Київ) – модератор
2. Багрій А.Е. (Донецьк)
3. Єна Л.М. (Київ)
4. Коваленко В.М. (Київ)
5. Коваль С.М. (Харків)
6. Мелліна І. М. (Київ)
7. Полівода С.М. (Запоріжжя)
8. Сіренко Ю.М. (Київ)
9. Смирнова І.П. (Київ)

Хвороби міокарда, перикарда та клапанів серця

1. Коваленко В.М. (Київ) – модератор
2. Ватутін Н.Ф. (Донецьк)
3. Воронков Л.Г. (Київ)
4. Книшов Г.В. (Київ)
5. Нейко Б.М. (Івано-Франківськ)
6. Бендет Я.А. (Київ)
7. Ілляш М.Г. (Київ)
8. Несукай О.Г. (Київ)
9. Рябенко Д.В. (Київ)

Аритмії серця та кардіостимуляція

1. Сичов О.С. (Київ) – модератор
2. Жарінов О.Й. (Київ)
3. Карпенко Ю.В. (Одеса)
4. Коркушко О.В. (Київ)
5. Куць В.О. (Київ)
6. Стичинський А.С. (Київ)

7

7. Фролов О.Л. (Київ)
8. Бобров В.О. (Київ)
9. Солов'ян Г.М. (Київ)
10. Романова О.М. (Київ)
11. Гринь В.К. (Донецьк)
12. Правосудович С.О. (Дніпропетровськ)
13. Яблчанський М.І. (Харків)
14. Ягенський А.В. (Луцьк)

Серцева недостатність

1. Воронков Л.Г. (Київ) – модератор
2. Амосова К.М. (Київ)
3. Багрій А.Е. (Донецьк)
4. Візир В.А. (Запоріжжя)
5. Волков В.І. (Харків)
6. Дзяк Г.В. (Дніпропетровськ)
7. Дядик О.І. (Донецьк)
8. Жарінов О.Й. (Київ)
9. Коркушко О.В. (Київ)

КОМІТЕТИ

З практичних рекомендацій та клінічних ініціатив

1. Шумаков В.О. (Київ)
2. Бабій Л.М. (Київ)
3. Нетяженко В.З. (Київ)
4. Пархоменко О.М. (Київ)

З освіти та акредитації/атестації

1. Сіренко Ю.М. (Київ) – модератор
2. Лизогуб В.Г. (Київ)
3. Василенко А.М. (Кривий Ріг)
4. Жарінов О.Й. (Київ)
5. Лутай М.І. (Київ)
6. Целуйко В.Й. (Харків)

Розділ 1

КЛАСИФІКАЦІЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

1. Раптова коронарна смерть

- 1.1. Раптова клінічна коронарна смерть з успішною реанімацією.
- 1.2. Раптова коронарна смерть (летальний кінець). У разі розвитку на фоні гострої коронарної недостатності або гострого інфаркту міокарда (відповідає коду I24.8 або I22 за МКХ-10).

2. Стенокардія

(Відповідає коду I20 за МКХ-10)

2.1.1. Стабільна стенокардія напруження (із зазначенням I-IV ФК за класифікацією Канадської асоціації кардіологів), у пацієнтів із IV ФК стенокардія малих напружень може клінічно проявлятися як стенокардія спокою (відповідає коду I20.8 за МКХ-10).

2.1.2. Стабільна стенокардія напруження при ангіографічно інтактних судинах (кардіальний синдром X) (відповідає коду I20.8 за МКХ-10).

2.2. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, Принцметала) (відповідає коду I20.1 за МКХ-10).

3. Нестабільна стенокардія

(Відповідає коду I20.0 за МКХ-10)

3.1. Стенокардія, яка виникла вперше. Діагноз виставляється протягом 28 діб від появи першого ангінозного нападу.

3.2. Прогресуюча стенокардія (поява стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією напруження, підвищення ФК стенокардії, прогресуюче зниження толерантності до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).

3.3. Рання постінфарктна стенокардія (від 72 годин до 28 діб).

4. Гострий інфаркт міокарда

(Відповідає коду I21 за МКХ-10)

Діагноз установлюють із зазначенням дати виникнення (до 28 діб): локалізації (передня стінка, передньоверхівковий, передньобочковий, передньосептальний, діафрагмальний, нижньобочковий, нижньозадній, нижньобазальний, верхівковобочковий, базальнолатеральний, верхньобочковий, боковий, задній, задньобазаль-

ний, задньобоковий, задньосептальний, септальний, правого шлуночка); первинний, рецидивуючий (від 3 до 28 діб), повторний (зазначати розміри і локалізацію не обов'язково, якщо виникають труднощі в ЕКГ-діагностиці).

4.1. Гострий ІМ з наявністю патологічного зубця Q (відповідає коду I21.0-I21.3 за МКХ-10).

4.2. Гострий ІМ без патологічного зубця Q (відповідає коду I21.4 за МКХ-10).

4.3. Гострий субендокардіальний ІМ (відповідає коду I21.4 за МКХ-10).

4.4. Гострий ІМ (невизначений) (відповідає коду I21.9 за МКХ-10).

4.5. Рецидивуючий ІМ (від 3 до 28 діб) (відповідає коду I22 за МКХ-10).

4.6. Повторний ІМ (після 28 діб) (відповідає коду I22 за МКХ-10).

4.7. Гостра коронарна недостатність. Діагноз попередній – елевация або депресія сегмента ST, відображає ішемію до розвитку некрозу міокарда або раптової коронарної смерті (термін до 3 діб) (відповідає коду I24.8 за МКХ-10).

4.8. Ускладнення гострого ІМ зазначаються за часом їх виникнення (відповідає коду I23 за МКХ-10):

- гостра серцева недостатність (I-IV класи за Кіліпом) (відповідає коду I50.1 за МКХ-10);
- порушення серцевого ритму та провідності (відповідає кодам I44, 145, 146, 147, 148, 149 за МКХ-10);
- розрив серця зовнішній (з гемоперикардом – відповідає коду I23.0 за МКХ-10; без гемоперикарда – відповідає коду I23.3 за МКХ-10) і внутрішній (дефект міжпередсердної перетинки – відповідає коду I23.1 за МКХ-10; дефект міжшлуночкової перетинки – відповідає коду I23.2 за МКХ-10; розрив сухожильної хорди – відповідає коду I23.4 за МКХ-10; розрив папілярного м'яза – відповідає коду I23.5 за МКХ-10);
- тромбоемболії різної локалізації (відповідає коду I23.8 за МКХ-10);
- тромбоутворення в порожнинах серця (відповідає коду I23.6 за МКХ-10);
- гостра аневризма серця (відповідає коду I23.8 за МКХ-10);

10

• синдром Дресслера (відповідає коду I24.1 за МКХ-10);

• епістенокардитичний перикардит;

• постінфарктна стенокардія (від 72 годин до 28 діб) (відповідає коду I20.0 за МКХ-10).

5. Кардіосклероз

5.1. Вогнищевий кардіосклероз.

5.1.1. Постінфарктний кардіосклероз із зазначенням форми та стадії СН, характеру порушення ритму і провідності, кількості перенесених інфарктів, їх локалізації та часу виникнення (відповідає коду I25.2 за МКХ-10).

5.1.2. Аневризма серця хронічна (відповідає коду I25.3 за МКХ-10).

5.2. Дифузний кардіосклероз із зазначенням форми і стадії ХСН, порушення ритму та провідності (відповідає коду I25.1 за МКХ-10).

6. Безбольова форма ішемічної хвороби серця (відповідає коду I25.6 за МКХ-10)

Діагноз установлюють хворим з верифікованим діагнозом ІХС (за даними коронароангіографії, сцинтиграфії міокарда з технецієм, стрессокардіографії з добутином) на підставі виявлення ознак ішемії міокарда за допомогою тесту з фізичним навантаженням або холтеровського моніторингу ЕКГ.

Примітки

- Синдром стенокардії може супроводжувати інші захворювання, які призводять до відносної коронарної недостатності, і тоді термін «вторинна стенокардія» можна включати в діагноз після зазначення основної патології (аортальний стеноз та інші вади серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, пролапс мітрального клапана та ін.).
- Під терміном «ішемічна кардіоміопатія» слід розуміти ІХС із встановленими за допомогою методів коронаро- і вентрикулографії дифузним ураженням коронарних артерій, вираженою дилатацією ЛШ, тотальним зниженням скоротливості міокарда, які супроводжуються клінічними ознаками СН.

Термін по суті відповідає стану, який був описаний в україно- та російськомовній спеціальній літературі як «ІХС з наявністю дифузного кардіосклерозу та серцевої недостатності», який звичайно спос-

11

терігається у осіб похилого віку. Проте діагноз «ішемічна кардіоміопатія» (відповідає коду 125.5 за МКХ-10) не слід використовувати без підтвердження ІХС спеціальними методами дослідження.

- За наявності різних ускладнень – як у разі гострих, так і хронічних форм ІХС (розрив серця, тромбоемболії, аритмії та ін.) – вони мають бути зазначені в діагнозі, але окремо не шифруються.
- У діагнозі зазначають лікарські втручання та час їх проведення: аортокоронарне шунтування із зазначенням числа шунтів; транслюмінальна ангіопластика та стентування із зазначенням судин, в яких проводилось втручання; балонна контрапульсація; електрофізіологічні втручання (тимчасова або постійна електрокардіостимуляція, абляція), дефібриляція.
- Розміщувати діагнози слід у такій послідовності: раптова коронарна смерть з оживленням, ІМ, ускладнення ІМ, стенокардія, різні форми кардіосклерозу, хронічна аневризма серця, порушення ритму серця і провідності, СН.

Приклади формулювання діагнозів

- ІХС: стабільна стенокардія напруження, II ФК. Стенозуючий атеросклероз ПМША та ПКА (коронарографія – 10.03.1999). Стентування ПМША (12.03.99). СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.
- ІХС. Стабільна стенокардія напруження, IV ФК. Стенокардія спокою. Постінфарктний кардіосклероз (Q-ІМ передньої стінки ЛШ – 23.05.1999). Хронічна аневризма ЛШ. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ.
- ІХС. Нестабільна стенокардія (прогресуюча 20.12.06) III ФК. Постінфарктний кардіосклероз (02.06.1998). Аортокоронарне шунтування (2 шунти – 12.02.1998). СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.
- ІХС. Безбольова форма. Шлуночкова екстрасистолічна аритмія (I клас за Лауном). Стенозуючий атеросклероз ПМША (коронарографія – 10.03.1999). СН 0.
- ІХС: Гострий ІМ з зубцем Q (трансмуральний) передньоверхівкового відділу ЛШ (05.07.2006). Гостра лівошлуночкова недостатність (клас III за Killip, 05.07.2006 – 07.07.2006; клас II за Killip, 08.07.2006 – 09.07.2006). Гостра аневризма серця. Повна

блокада лівої ніжки пучка Гіса (05.07.2006). СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

- ІХС: Гострий повторний ІМ (13.02.2006). Постінфарктний кардіосклероз (ІМ з зубцем Q передньої стінки ЛШ – 23.03.2002). Пароксизмальна форма фібриляції передсердь (пароксизм 13.02.2006, тахісistolічна форма). Гіпертонічна хвороба III стадії. СН II A стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.
- ІХС: Гострий ІМ з зубцем Q задньобазального та діафрагмального відділів ЛШ (18.05.2006). Гостра AV-блокада (II ступеня 18.05.2006 – 20.05.2006; III ступеня 06.06.2006-09.06.2006). Синдром Дресслера (30.05.2006). Рецидивуючий ІМ (у зоні ураження, 05.06.2006). Тимчасова ЕКС (06.06.2006-09.06.2006). СН I стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.
- ІХС: Гострий ІМ з зубцем Q передньобоківого відділу ЛШ (11.01. 2007). Первинна транслюмінальна ангіопластика та стентування (11.01.2007, ПМШГ ЛКА – 2 стенти, ОГЛКА – 1 стент). Гостра лівошлуночкова недостатність (клас IV за Killip, 11.01.2007; клас II за Killip, 12.01. 2007-15.01.2007). Стійка монорфна шлуночкова тахікардія (11.01. 2007). ЕІТ (11.01. 2007). СН II A стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

Розділ 2

КЛАСИФІКАЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ

На сучасному етапі для характеристики порушень ліпідного спектру крові використовують таку термінологію: дисліпідемія, гіперліпопротеїнемія та гіперліпідемія.

Термін дисліпідемій є найбільш широким, тому що він включає в себе підвищення ліпідів та ліпопротеїнів вище за оптимальні значення та/або можливі зниження частини ліпідного спектру, а саме ліпопротеїнів високої щільності або альфаліпопротеїнів.

Термін гіперліпопротеїнемії (ГЛП) означає будь-яке підвищення рівня ліпідів і ліпопротеїнів у плазмі вище за оптимальні значення.

Термін гіперліпідемії є найбільш простим, тому що для його використання досить визначення тільки підвищення ліпідів крові (холестерину та тригліцеридів) вище за оптимальні значення.

Для характеристики ГЛП найбільш уживаними є класифікації ВООЗ (таблиця 1) та АТР-III (таблиця 2).

Таблиця 1. Класифікація гіперліпопротеїнемій за D. Fredrickson (1970)

Фенотип	ХС плазми	ТГ	Зміни ЛП	Атерогенність
I	Підвищений	Підвищені або в нормі	↑ ХМ	Неатерогенний фенотип
IIa	Підвищений	В нормі	↑ ЛПНЩ	Висока
IIb	Підвищений	Підвищені	↑ ЛПНЩ та ЛПДНЩ	Висока
III	Підвищений	Підвищені	↑ ЛППЩ	Висока
IV	Частіше в нормі	Підвищені	↑ ЛПДНЩ	Помірна
V	Підвищений	Підвищені	↑ ХМ та ЛПДНЩ	Низька

Примітка: ↑ – підвищення концентрації.

Таблиця 2 Класифікація АТР-III (2001) ХС-ЛПНЩ, загального холестерину, ХС-ЛПВЩ і тригліцеридів (мг/дл) / (ммоль/л)

Холестерин ЛПНЩ	
<100 (< 2,6)	Оптимальний
100 -129 (2,6 - 3,3)	Вище оптимального
130 -159 (3,4 - 4,0)	Гранично високий
160 -189 (4,1 - 4,8)	Високий
≥190 (≥ 4,9)	Дуже високий

Загальний холестерин	
<200 (< 5,2)	Бажаний (нормальний)
200-239 (5,2 - 6,1)	Гранично високий
≥240 (≥ 6,2)	Високий
Холестерин ЛПВЩ	
<40 (< 1,0)	Низький
≥60 (≥ 1,6)	Високий
Тригліцериди	
<150 (< 1,7)	Нормальний
150-199 (1,7 - 2,2)	Гранично підвищений
200-499 (2,3 - 4,4)	Високий
≥500 (≥ 4,5)	Дуже високий

Діагноз дисліпідемій, ГЛП та гіперліпідемії не є самостійним, а має бути включеним до основного клінічного діагнозу серцево-судинного захворювання.

Для широкого вжитку в клінічному діагнозі пропонується застосовувати спрощений варіант класифікації дисліпідемій:

Клінічна класифікація дисліпідемій Українського наукового товариства кардіологів (2007)

1. Гіперхолестеринемія (відповідає Тип IIa за D. Fredrickson).
2. Комбінована дисліпідемія (відповідає Тип IIb та Тип III за D. Fredrickson).
3. Гіпертригліцеридемія (відповідає Тип IV за D. Fredrickson).

У відповідності до третього перегляду Рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ЄТК) щодо профілактики серцево-судинних захворювань (2003 р.) такі характеристики ліпідів та ліпопротеїнів вважають оптимальними (таблиця 3):

Таблиця 3. Оптимальні характеристики ліпідів та ліпопротеїнів (ЄТК, 2003)

Ліпідні параметри	Значення в ммоль/л	Значення в мг/дл
Загальний ХС	< 5,2	< 200
ХС-ЛПНЩ	< 3,0	< 115
ХС-ЛПВЩ	>1,0 (ч); 1,3 (ж)	> 40 (ч); 50 (ж)
ТГ	< 1,7	< 150

При реалізації заходів первинної та вторинної профілактики серцево-судинних ускладнень у відповідності до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2003 р.) лікарі повинні

орієнтуватися на такі цільові рівні загального ХС та ХС-ЛПНЩ:

- для загальної популяції цільовий рівень ХС плазми повинен бути <5,2 ммоль/л (200 мг/дл), а рівень ХС-ЛПНЩ повинен бути < 3 ммоль/л (115 мг/дл);
- цільові рівні для пацієнтів із ІХС, клінічними проявами ССЗ і пацієнтів з цукровим діабетом: для загального ХС <4,5 ммоль/л (175 мг/дл) і для ХС-ЛПНЩ <2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

Розділ 3

КЛАСИФІКАЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Артеріальна гіпертензія, за визначенням Комітету експертів ВООЗ, – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

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

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

Відповідно до останніх рекомендацій Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2003 р.) виділяють декілька рівнів АТ (табл. 1). Згідно з цією класифікацією, артеріальною гіпертензією є підвищення САТ до 140 мм рт. ст. і вище або ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менш ніж 2-3 рази у різні дні протягом 4 тижнів).

Таблиця 1. Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

Категорії	САТ мм рт. ст.	ДАТ мм рт. ст.
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія:		
1-й ступінь (м'яка АГ)	140-159	90-99
2-й ступінь (помірна АГ)	160-179	100-109
3-й ступінь (тяжка АГ)	≥ 180	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≥ 140	< 90

Для встановлення стадії артеріальної гіпертензії застосовується класифікація за ураженням органів-мішеней. Ця класифікація прийнята в Україні в 1992 році згідно з наказом МОЗ України № 206 від 30.12.92 р. і рекомендується до подальшого застосування згідно з наказом № 247 від 1.08.98 р. (табл. 2).

Цю класифікацію рекомендується застосовувати для встановлення стадії як гіпертонічної хвороби (есенціальної гіпертензії), так і вторинної гіпертензії.

Таблиця 2. Класифікація артеріальної гіпертензії за ураженням органів-мішеней

Стадія I	Об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней відсутні
Стадія II	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней без симптомів з їх боку чи порушення функції. Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ЕХОКГ, рентгенографії), або Генералізоване звуження артерій сітківки, або Мікроальбумінурія чи протеїнурія та/або невелике збільшення концентрації креатиніну в плазмі (у чоловіків 115-133 мкмоль/л або 1,3-1,5 мг/дл, у жінок 107-124 мкмоль/л або 1,2-1,4 мг/дл) при розрахованій клубочковій фільтрації (КФ) >60 мл/хв/1,73 м ²
Стадія III	Є об'єктивні ознаки ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції
Серце	Інфаркт міокарда Серцева недостатність ІІА-ІІІ ст.
Мозок	Інсульт Транзиторна ішемічна атака Гостра гіпертензивна енцефалопатія Хронічна гіпертензивна енцефалопатія ІІІ стадії Судинна деменція
Очне дно	Крововиливи та ексудати в сітківці з набряком диску зорового нерва або без нього (ці ознаки патогномонічні також для злоякісної фази артеріальної гіпертензії)
Нирки	Концентрація креатиніну в плазмі у чоловіків >133 мкмоль/л або >1,5 мг/дл, у жінок >124 мкмоль/л або >1,4 мг/дл) або розрахованій КФ ≤60 мл/хв/1,73 м ²
Судини	Розшаровуюча аневризма аорти

Якщо виявлено есенціальну гіпертензію (гіпертонічну хворобу), діагноз формулюється із визначенням її стадії та характеру ураження органів-мішеней.

У разі формулювання діагнозу гіпертонічної хвороби ІІ ст. необхідно конкретно вказати, на підставі чого встановлюється ІІ стадія захворювання (наявність гіпертрофії лівого шлуночка, звуження артерій сітківки тощо). У хворих з протеїнурією в діагнозі слід вказати на наявність гіпертензивного ураження нирок (якщо відсутня інша причина протеїнурії). Діагноз гіпертонічної хвороби ІІІ ст. також необхідно обґрунтувати наявністю серцевої недостатності, перенесеного мозкового інсульту тощо (див. класифікацію).

Діагноз гіпертонічної хвороби ІІІ ст. за наявності інфаркту міокарда, інсульту чи інших ознак ІІІ стадії слід встановлювати лише у тих випадках, коли ці серцево-судинні ускладнення виника-

ють на тлі тривало існуючої гіпертонічної хвороби, що підтверджується наявністю об'єктивних ознак гіпертензивного ураження органів-мішеней (гіпертрофія лівого шлуночка, генералізоване звуження артерій сітківки тощо).

Стратифікація ризику. Максимально корисною для хворого визнана стратегія, що базується на визначенні загального ризику. Під останнім розуміють той ризик ускладнень, який має даний хворий внаслідок підвищення артеріального тиску, а також наявності супутніх серцево-судинних захворювань, ураження органів-мішеней та основних факторів ризику, наведених в табл. 3.

Таблиця 3. Найважливіші чинники, що використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень

<p>Основні фактори ризику</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вік (у чоловіків >55 років, у жінок >65 років) • Паління • Дисліпідемія (ризик значно підвищується, якщо загальний холестерин >6,5 ммоль/л (>250 мг/дл), або холестерин ліпопротеїнів низької щільності >4,0 ммоль/л (>155 мг/дл) або холестерин ліпопротеїнів високої щільності <1,0 ммоль/л (< 40 мг/дл) у чоловіків і <1,2 ммоль/л (<48 мг/дл) у жінок. <p>– Серцево-судинні захворювання у молодому віці у членів сім'ї – Абдомінальне ожиріння (окружність талії > 102 см у чоловіків і >88 см у жінок) – С-реактивний білок >1 мг/дл</p> <p>Ураження органів-мішеней</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гіпертрофія лівого шлуночка ЕКГ-критерії: Соколова-Лайона >38 мм, Корнельський >2440 мм/мс; Ехокардіографічні критерії: індекс маси міокарда лівого шлуночка для чоловіків >125 г/м²; для жінок >110 г/м² • Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтими-медії сонної артерії >0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки • Невелике підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115-133 мкмоль/л або 1,3-1,5 мг/дл, у жінок - 107-124 мкмоль/л або 1,2-1,4 мг/дл) при розрахованій КФ >60 мл/хв/1,73 м² • Мікроальбумінурія (30-300 мг/24 год, відношення альбумін/креатинін >22 мг/г або >2,5 мг/ммоль у чоловіків і >31 мг/г або >3,5 мг/ммоль у жінок) <p>Супутні захворювання</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цукровий діабет глюкоза плазми натще >7,0 ммоль/л (126 мг/дл), глюкоза плазми через 2 години після їжі >11,00 ммоль/л (198 мг/дл) Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака)

- Хвороби серця
інфаркт міокарда,
стенокардія,
перенесена операція ревааскуляризації,
серцева недостатність
- Хвороби нирок
діабетична нефропатія
ниркова недостатність (креатинін сироватки у чоловіків >133 мкмоль/л або >1,5 мг/дл, у жінок >124 мкмоль/л або >1,4 мг/дл), розрахована КФ <60 мл/хв/1,73 м²
- Ураження периферичних артерій
- Важка ретинопатія
геморагії,
ексудати,
набряк диску зорового нерва

Виділяють 5 груп ризику від 0 до 4 (табл. 4). До групи звичайного ризику відносять осіб з тиском, меншим за 140/90 мм рт. ст., без додаткових факторів ризику. Групу людей, які мають додатковий (до звичайного) ризик ускладнень, але він є порівняно невисоким, виділено як групу низького додаткового ризику. Її складають особи із тиском <140/90 мм рт. ст., які мають 1-2 фактори ризику атеросклерозу, а також хворі з м'якою АГ (АТ 140-159/90-99 мм рт. ст.) без додаткових факторів ризику. Підвищення АТ до 160-179/100-109 мм рт. ст. підвищує вірогідність ускладнень, і такі хворі вже складають групу помірного додаткового ризику, якщо в них немає ураження органів-мішеней або супутніх серцево-судинних захворювань. Якщо ж ці фактори наявні – ризик стає високим або дуже високим.

Згідно з Фремінгемськими критеріями, терміни «низький», «помірний», «високий» та «дуже високий» ризик означають 10-річну вірогідність серцево-судинних ускладнень (*фатальних та нефатальних*) <15 %, 15-20 %, 20-30 % та >30 %, відповідно. З 2003 р. в практику Європейської кардіології впроваджується ще одна модель оцінки ризику – шкала SCORE, яка дозволяє передбачати вірогідність *фатальних* серцево-судинних подій протягом 10 років. Шкала SCORE відповідає такій вірогідності фатальних серцево-судинних ускладнень: <4 % – низький ризик, 4-5 % – помірний, 5-8 % – високий та >8 % – дуже високий ризик. Прогноз хворого на АГ повинен знаходити відображення в його діагнозі. Для цього треба вказати рівень АТ, тобто ступінь гіпертензії, і категорію ризику – 1 (низький ризик), 2 (помірний ризик), 3 (високий ризик) або 4 (дуже високий ризик).

Таблиця 4. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу при АГ

Інші фактори ризику та перебігу хвороби	Артеріальний тиск (мм рт. ст.)				
	Нормальний 120 -129/80-84	Нормальний високий 130-139 / 85-89	Ступінь 1 140-159/90-99	Ступінь 2 160-179/100-109	Ступінь 3 ≥ 180 і ≥ 110
Немає інших факторів ризику	Середній в популяції (0)	Середній в популяції (0)	Низький (I)	Помірний (II)	Високий (III)
1-2 ризик-фактора	Низький (I)	Низький (I)	Помірний (II)	Помірний (II)	Дуже високий (IV)
3 або більше ризик-факторів, ураження органів-мішеней або цукровий діабет	Помірний (II)	Високий (III)	Високий (III)	Високий (III)	Дуже високий (IV)
Супутні клінічні ускладнення	Високий (III)	Дуже високий (IV)	Дуже високий (IV)	Дуже високий (IV)	Дуже високий (IV)

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

З 1999 року в Україні для статистичного кодування хвороб набрала чинності міжнародна класифікація хвороб (МКХ) 10-го перегляду. Нижче наводяться приклади кодування діагнозів, у яких гіпертонічна хвороба, або есенціальна гіпертензія, є основним чи супутнім захворюванням. Принципи кодування такі: якщо гіпертонічна хвороба або вторинна гіпертензія є супутнім або конкуруючим захворюванням з ішемічною хворобою серця (I 20 – I 25), цереброваскулярним захворюванням (I 60 – I 69), захворюванням артерій чи артеріол (I 70 – I 77), транзиторною церебральною ішемічною атакою (G 45 – G 46), то кодується ішемічна хвороба серця, цереброваскулярне захворювання, транзиторна церебральна ішемічна атака або захворювання артерій чи артеріол **і додається доповнючий код гіпертонічної хвороби (I 10)** або вторинної гіпертензії (I 15). В інших випадках кодується гіпертонічна хвороба: коди I 10, I 11, I 11.0, I 11.9, I 12, I 12.9, I 13, I 13.0, I 13.1, I 13.2, I 13.9.

Таблиця 5. Приклади формулювання та кодування діагнозів

№ п/п	Діагноз	Код МКХ-10	
1.	Гіпертонічна хвороба, I стадія, ступінь 2, ризик 1(низький)	I 10	
2.	Гіпертонічна хвороба, II стадія, спупінь 3. Гіпертензивне серце (гіпертрофія лівого шлуночка) СН* I ст Ризик 4 (дуже високий)	I 11.9	
3.	Гіпертонічна хвороба, II стадія, 2-й ступінь. ІХС: стабільна стенокардія навантаження, II ФК** СН I ст. Ризик 4 (дуже високий)	I 20.8	I 10
4.	Гіпертонічна хвороба, II стадія, 3-й ступінь, гіпертензивне ураження нирок. Ризик 4 (дуже високий)	I 12.9	
5.	Гіпертонічна хвороба, III ст.,1-й ступінь. Гіпертензивне серце, СН ІІА ст. (чи ІІБ, ІІІ ст.) із систолічною дисфункцією, ІІІ ФК. Ризик 4 (дуже високий)	I 11.0	
6.	Гіпертонічна хвороба ІІІ стадія, 2-й ступінь. Залишкові явища гострого порушення мозкового кровообігу (вказати судинний басейн, вид інсульту). Ризик 4 (дуже високий)	I 69.4	I 10
7.	Гіпертонічна хвороба, ІІІ стадія, 3-й ступінь. Транзиторна ішемічна атака (вказати судинний басейн). Ризик 4 (дуже високий)	G 45.8	I 10
8.	Гіпертонічна хвороба, ІІІ стадія, 3-й ступінь, злякисний перебіг. Гіпертензивна ретинопатія (набряк диску зорового нерва, крововиливи на очному дні). Ризик 4 (дуже високий)	I 10	
9.	Гіпертонічна хвороба ІІІ стадія,3-й ступінь. Первинний нефросклероз, ХНН*** I ст. Ризик 4 (дуже високий)	I 12.0	
10.	Сечокам'яна хвороба. Вторинний хронічний пієлонефрит. Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія ІІІ ст. 3-й ступінь. Гіпертензивне серце. Постійна форма фібриляції передсердь. СН ІІА ст. із збереженою систолічною функцією, ІІ ФК. Ризик 4 (дуже високий)		I 15
11.	Стеноз правої ниркової артерії. Стан після балонної ангіопластики (січень 2003 р.). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія ІІ стадія,1 ступінь. Гіпертензивне серце, гіпертрофія ЛШ. Монотонна лівошлуночкова екстрасистолія. СН І ст. Ризик 3 (високий)		I 15
12.	Аденома правої надниркової залози, первинний гіперальдостеронізм (хвороба Кона). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія, ІІІ стадія, 2-й ступінь. Залишкові явища ішемічного порушення мозкового кровообігу в басейні лівої сонної артерії		I 15

	(січень,1999 р.). Правосторонній геміпарез. СН I ст. Ризик 4 (дуже високий)		
13.	Феохромоцитома правої надниркової залози. Вторинна артеріальна гіпертензія, ІІ стадія, 3-й ступінь. Гіпертензивне серце. Пароксизми фібриляції передсердь. Неускладнений гіпертензивний криз (2 вересня 2004 р.). СН I ст. Ризик 4 (дуже високий)		I 15
14.	Закрита травма голови. Струс головного мозку (15 серпня 2004 р.). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія I стадія, 2-й ступінь Неускладнений гіпертензивний криз (20 серпня 2004 р.). Дисліпідемія. Ризик 2 (помірний).		I 15

* СН - серцева недостатність

** ФК - функціональний клас

*** ХНН - хронічна ниркова недостатність

Підставою для зазначення в діагнозі гіпертензивного серця є наявність електрокардіографічних, рентгенологічних або ультразвукових ознак гіпертрофії лівого шлуночка. Якщо встановлено, що артеріальна гіпертензія має вторинний характер, спочатку формулюють основний діагноз, а потім зазначають: «Вторинна артеріальна гіпертензія» та вказують її стадію залежно від ураження органів-мішеней. Якщо вторинна АГ є превалюючим синдромом і зумовлює обмеження працездатності, то діагноз АГ можна вказувати на першому місці.

ЗЛЯКІСНА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Злякисна артеріальна гіпертензія, або злякисна фаза артеріальної гіпертензії, – це синдром, який характеризується високим рівнем артеріального тиску (як правило, >220/120 мм рт. ст.) з крововиливами та ексудатами в сітківці, часто з набряком зорового нерву. Характерним (але не обов'язковим) є ураження нирок з розвитком уремії.

Злякисний перебіг найчастіше має місце при вторинних гіпертензіях (у 24,5 % випадків), при гіпертонічній хворобі це ускладнення спостерігається в 1-3 % випадків. При відсутності адекватного лікування до 1 року доживає лише 10 % хворих. Найчастіше хворі помирають від прогресуючої ниркової недостатності, хоча причиною смерті можуть бути серцеві ускладнення або мозкові крововиливи.

Немає чітко окресленого рівня артеріального тиску, що характеризував би синдром злоякісної артеріальної гіпертензії. Найчастіше це діастолічний АТ, вищий за 130 мм рт. ст. Але в деяких випадках злоякісний перебіг може спостерігатися і при більш низькому тиску. Велике значення має швидкість підвищення АТ. Наприклад, при гіпертензії вагітних злоякісна АГ може розвинути при відносно невисокому рівні тиску.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ КРИЗИ

Гіпертензивний криз – це раптове значне підвищення артеріального тиску від нормального або підвищеного рівня, яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи.

Критеріями гіпертензивного кризу є:

- раптовий початок;
- значне підвищення артеріального тиску;
- поява або посилення симптомів з боку органів-мішеней.

Класифікація кризів робочої групи Українського товариства кардіологів (1999). В залежності від наявності чи відсутності ураження органів-мішеней і необхідності термінового зниження АТ виділяють:

- ускладнені кризи (з гострим або прогресуючим ураженням органів-мішеней, становлять пряму загрозу життю хворого, потребують негайного, протягом однієї години, зниження АТ);
- неускладнені кризи (без гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, становлять потенційну загрозу життю хворого, потребують швидкого – протягом кількох годин – зниження АТ).

Ускладнені гіпертензивні кризи. Перебіг характеризується клінічними ознаками гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, розшаровуюча аневризма аорти нестабільна стенокардія, гостра недостатність лівого шлуночка та ін. – табл. 6. Такі кризи завжди супроводжуються появою або посиленням симптомів з боку органів-мішеней. Вони загрозливі для життя хворого і потребують зниження тиску у проміжок часу від кількох хвилин до однієї години. Лікування здійснюється в умовах палати інтенсивної терапії із застосуванням

парентерального введення антигіпертензивних препаратів. До цієї категорії відносять також ті випадки значного підвищення артеріального тиску, коли загроза для життя виникає не через ураження органів-мішеней, а через кровотечу, найчастіше – в післяопераційному періоді.

Неускладнені гіпертензивні кризи характеризуються відсутністю клінічних ознак гострого або прогресуючого ураження органів-мішеней, проте вони становлять потенційну загрозу життю хворого, оскільки несвоєчасне надання допомоги може призвести до появи ускладнень і смерті. Такі кризи супроводжуються, як правило, появою чи посиленням симптомів з боку органів-мішеней (інтенсивним головним болем, болями у ділянці серця, екстрасистолією) або з боку вегетативної нервової системи (вегетативно-судинні порушення, тремтіння, часте сечовиділення).

В залежності від того, які органи є джерелом симптомів, виділяють церебральні та кардіальні неускладнені кризи (табл. 7). Гіпоталамічні пароксизми (за старою термінологією – дienceфально-вегетативні кризи) є проявом церебрального кризу. Підвищення САТ до 240 мм рт. ст. або ДАТ до 140 мм рт. ст слід також розцінювати як гіпертензивний криз, незалежно від того, з'явилися симптоми з боку органів-мішеней чи ще ні, оскільки для кожного хворого воно є небезпечним. Загрозливим є також значне підвищення тиску у ранньому післяопераційному періоді через ризик кровотечі.

Таблиця 6. Ускладнені гіпертензивні кризи

1. Інфаркт міокарда
2. Інсульт
3. Гостра розшаровуюча аневризма аорти
4. Гостра недостатність лівого шлуночка
5. Нестабільна стенокардія
6. Аритмії (пароксизми тахікардії, миготливої тахіаритмії, шлуночкова екстрасистолія високих градацій)
7. Транзиторна ішемічна атака
8. Еклампсія
9. Гостра гіпертензивна енцефалопатія
10. Кровотеча

Таблиця 7. Неускладнені гіпертензивні кризи

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

Всі ці клінічні прояви потребують зниження тиску протягом кількох годин. Госпіталізація не обов'язкова. Лікування здійснюється шляхом прийому антигіпертензивних препаратів через рот або внутрішньом'язових ін'єкцій.

Розділ 4

КЛАСИФІКАЦІЯ КАРДІОМІОПАТІЙ, МІОКАРДИТІВ ТА ПЕРИКАРДИТІВ

VI Національним конгресом кардіологів України (Київ, 2000 р.) прийнята і рекомендована така класифікація кардіоміопатій:

- **Дилатаційна кардіоміопатія** – І42.0.
 - **Гіпертрофічна кардіоміопатія** (обструктивна – І42.1, необструктивна – І42.2)
 - **Рестриктивна кардіоміопатія** – І42.3-5.
 - **Алкогольна кардіоміопатія** – І42.6.
 - **Кардіоміопатія**, обумовлена ліками й іншими зовнішніми факторами – І42.7.
 - **Аритмогенна кардіоміопатія** правого шлуночка – І42.8.
 - **Кардіоміопатії** при хворобах, класифікованих в інших рубриках* – І43 (системні захворювання, м'язові дистрофії, нейром'язові порушення, перипарціальні).
 - **Кардіоміопатія** при інфекційних і паразитарних хворобах, у т. ч. дифтерії – І43.0.
 - **Метаболічна кардіоміопатія**** – І43.1, І43.2, І43.8.
 - **Кардіоміопатії, що не класифіковані в МКХ-10:** ДКМП з помірною дилатацією; такацубо; фіброеластоз; мітохондріальні; некомпактний міокард (pop-compacted myocardium); синдроми подовженого чи скороченого QT; синдроми Бругада (блокада ПНПГ, елевація ST, раптова смерть); **Asial SUNDS** (Sudden Unexplained Nocturnal Death Syndrome – синдром нез'ясовної раптової нічної смерті).
- II. **Клінічний варіант:** аритмія, кардіалгія та ін.
- III. **Серцева недостатність** (0-III ст.)

* – при хворобах, класифікованих в інших рубриках; має бути подвійне кодування, основним буде захворювання, яке обумовило кардіоміопатію; ** – обумовлені ендокринними порушеннями.

На VI Конгресі кардіологів України (Київ, 2000 р.) прийнята класифікація міокардитів, в основу якої покладена термінологія, що відповідає МКЗ-10, з доповненнями до клінічного застосування.

Класифікація міокардитів:

I. Гострий

- з установленною етіологією I40, I41 (інфекційні – I40, бактеріальні – I41.0, вірусні – I41.1, паразитарні – I41.2, при інших хворобах – I41.8);

- неуточнений I40.9

II. Хронічний, неуточнений I51.4

III. Міокардіофіброз I51.4

IV. Поширеність:

- ізольований (вогнищевий) – I40.1
- інший (дифузний) – I40.8

V. Перебіг: легкий, середньої важкості, важкий

VI. Клінічні варіанти: аритмія, порушення реполяризації, кардіалгія тощо.

VII. Серцева недостатність (0 – III стадії)

Класифікація перикардитів

I. Етіологічна характеристика

Перикардит при бактеріальних інфекціях **I32.0***

Перикардит при інфекційних і паразитарних хворобах **I32.1**

Перикардит при інших хворобах **I32.08***

Перикардит неуточнений **I32.9**

II. Патогенетичні і морфологічні варіанти:

Хронічний адгезивний **I31.0**

Хронічний констриктивний **I31.1**, в тому числі кальциноз перикарда

Гемоперикард **I31.2**

Перикардіальний випіт (не запальний) – гідроперикард **I31.3**, в тому числі хілоперикард

III. Характер перебігу: гострий, хронічний, прогресуючий.

IV. Оцінка ступеню виразності перикардіального випоту даними ультразвукових та інших методів дослідження (незначна, середня, велика)

V. Серцева недостатність (СН 0-III ст.)

** – при хворобах, класифікованих в інших рубриках*

Класифікація інфекційного ендокардиту

Ендокардит – I.39* (МКХ 10)

I. Активність процесу: активний, неактивний

II. Ендокардит нативних клапанів:

1) первинний

2) вторинний (набуті вади серця, вроджені вади серця, травма, інородні тіла). Ендокардит протезованого клапана

III. Локалізація:

аортальний клапан,

мітральний клапан,

тристулковий клапан,

клапан легеневої артерії

ендокард передсердь або шлуночків

IV. Збудник (грам+, грам- мікроорганізми, L-форми, рикетсії, гриби)

V. Стадія вади клапана; стадія серцевої недостатності

VI. Ускладнення.

Примітка:

** – при інфекційних захворюваннях; має бути подвійне кодування*

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

Кардіоміопатії

- Дилатаційна кардіоміопатія, постійна форма фібриляції передсердь тахісistolічна форма, екстрасistolічна аритмія, рецидивуюча тромбоемболія дрібних гілок легених артерій, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, ІІ ФК.
- Гіпертрофічна кардіоміопатія, обструктивна форма, кардіалгія, пароксизмальна форма передсердної тахікардії, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІ ФК.
- Дифузний токсичний зоб ІІ ступеня, метаболічна кардіоміопатія, синусова тахікардія, шлуночкова екстрасistolія, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІ ФК.

- Токсична (адриаміцинова) кардіоміопатія, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, синусова тахікардія, шлуночкова екстрасистолія, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, ІІ ФК.

Міокардит

- Гострий вірусний (післягрипозний) вогнищевий міокардит, легкий перебіг, АВ-блокада І ступеня, синусова тахікардія, СН І стадії, І ФК.
- Хронічний дифузний міокардит неуточної етіології, важкий перебіг, персистуюча форма фібриляції передсердь, тахісистоличний варіант, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, ІІІ ФК.
- Міокардіофіброз, ізольована форма, шлуночкова екстрасистолія, СН І.

Перикардит

- Гострий бактеріальний (стафілококовий) перикардит, середній ступінь вираженості перикардіального випоту, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІ ФК.
- Хронічний констриктивний (невизначеної етіології) перикардит, прогресуючий перебіг, великий ступінь вираженості перикардіального випоту, СН ІІБ стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІІ ФК.

Ендокардит

- Первинний інфекційний ендокардит аортального клапана стафілококової етіології, активна фаза, аортальна недостатність ІV стадії, СН ІІА стадії із систолічною дисфункцією, ІІІ ФК.
- Вторинний інфекційний ендокардит протезованого аортального клапана, активна фаза, аортальна недостатність ІІІ стадії, СН ІІА стадії із систолічною дисфункцією, ІІІ ФК.
- Первинний інфекційний ендокардит мітрального та тристулкового клапанів, неактивна фаза, постійна форма фібриляції передсердь тахісистолична форма, шлуночкова екстрасистолична аритмія, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, ІІІ ФК.

Розділ 5

КЛАСИФІКАЦІЯ НАБУТИХ ВАД СЕРЦЯ ТА ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ

Класифікація набутих вад серця

Єдиної класифікації набутих вад серця не існує, тому доцільне застосування для окремих вад найбільш розповсюджених і обґрунтованих варіантів класифікацій, які широко застосовуються в літературі та враховують особливості клінічного стану, ступінь гемодинамічних розладів і показання до хірургічного лікування, яке є найефективнішим засобом допомоги таким хворим.

В залежності від локалізації ураження виділяються набуті **мітральні, аортальні та тристулкові вади**. Незважаючи на казуїстичну рідкість набутих вад клапана легеневої артерії, вони знайшли відображення в останній міжнародній класифікації хвороб (МКХ 10), що зумовило формальне включення вад даної локалізації у проект клінічної класифікації, що пропонується.

Вади вважаються **комбінованими** при наявності стенозу та недостатності на одному клапані та **поєднаними** при ураженні кількох клапанів. З точки зору клінічного перебігу та хірургічної тактики, ураження кожного з клапанів доцільно розглядати в залежності від переваги стенозу або недостатності.

1. **«Чистий» стеноз або комбінована вада з перевагою стенозу.** Хірургічна тактика у цих випадках однакова, а діагностика невеликої супутньої недостатності клапана на фоні стенозу нерідко утруднена.

2. **Комбіновані вади з неясною перевагою.** В таких випадках за клініко-інструментальними даними визначаються як стеноз, так і недостатність клапану, причому питання про показання до клапано-зберігаючих операцій або протезування клапана вирішується індивідуально.

3. **«Чиста» недостатність або комбінована вада з перевагою недостатності.** При наявності показань до операції у більшості хворих здійснюється протезування клапану, а у певної частини пацієнтів – різні варіанти пластичних операцій.

Ступінь вираженості кожної з вад відбиває 5 стадій.

Виділення 5 стадій вади є дуже важливим, оскільки лише такий підхід дозволяє вирішувати питання хірургічного лікування: визначи-

ти хворих, яким операція ще не показана; випадки абсолютних показань; випадки коли хірургічні втручання можливо здійснювати, але з меншим ефектом та підвищеним ризиком; нарешті, хворих, для яких хірургічне лікування вже безперспективне. Це сприяє забезпеченню своєчасного направлення хворих на хірургічне лікування та дозволяє посилити контроль за цим аспектом діяльності терапевтичної та кардіологічної служб.

3-ступенева класифікація набутих вад серця з виділенням незначного, помірного та різко вираженого ступенів вади (Н. М. Мухарлямов та співавт., 1978 р.), з точки зору робочої групи, не є прийнятною для кардіохірургії, яка є єдиним засобом радикальної допомоги даній категорії хворих.

I. Етіологія: ревматична; неревматична (з уточненням)

II. Локалізація (клапан): мітральний; аортальний; тристулковий; легеневої артерії.

III. Характер ураження клапану: стеноз; недостатність; комбінована вада клапана.

IV. Стадії: I, II, III, IV, V.

Мітральний стеноз:

ревматичний	I.05.0
неревматичний	I.34.2

(з уточненням етіології)

Стадії (за А. Н. Бакулевим та Є. А. Дамір, 1955 р., з уточненнями та з доповненнями):

I стадія – компенсації. Скарг немає, але виявляються ознаки мітрального стенозу (типовий пресистолічний шум при аускультатії). На ЕКГ – ознаки перевантаження лівого передсердя (P-mitrale); рентгенологічно – незначне збільшення лівого передсердя та діаметра легеневої артерії. При ехоКГ площа мітрального отвору більше за 2 см².

Хірургічне лікування не показане.

II стадія – легеневого застою. Скарги на задишку при фізичному навантаженні. З'являються ознаки гіпертензії у малому колі кровообігу з нерідким розвитком ускладнень: кашлем, кровохарканням, нападами задухи, набряком легенів. Працездатність обмежена. Правошлуночкової декомпенсації немає. При аускультатії – типові ознаки мітрального стенозу; акцент II тону на легеневій артерії. Рентгенологічно – збільшення лівого передсердя, легеневої артерії, застій в

легенях. На ЕКГ – «P- mitrale», у частини хворих – ознаки гіпертрофії правого шлуночка. При ехоКГ – площа мітрального отвору 1,5 - 2 см²; однонаправлений та П-подібний рух стулок мітрального клапану.

Хірургічне лікування показане (мітральна комісуротомія).

III стадія – правошлуночкової недостатності. Характеризується стійкою гіпертензією у малому колі кровообігу з утворенням «другого бар'єру», посиленням роботи правого шлуночка і розвитком його недостатності. Склерозування легеневих судин, зменшення легеневого кровотоку призводять до порідшення або зникнення нападів серцевої астми і набряку легень. Попередні об'єктивні показники доповнюються більшою вираженістю задишки, блідістю шкіри, цианозом, непереносимістю фізичних навантажень, ознаками правошлуночкової декомпенсації, зростанням венозного тиску, значним розширенням порожнин правих відділів серця, ЕКГ – ознаки гіпертрофії правого шлуночка. При ехоКГ площа мітрального отвору складає 1 – 1,5 см².

Хірургічне лікування показане.

IV стадія – дистрофічна. Характеризується вираженими порушеннями кровообігу в малому та великому колах кровообігу. Прогресують склеротичні процеси в легеневих судинах. Розміри серця значно збільшені за рахунок передсердь та правого шлуночка, дилатація правого шлуночка призводить до відносної недостатності тристулкового клапану. Подальша дилатація правого шлуночка призводить до підвищення венозного тиску, з'являється застій крові у печінці, судинах нижніх кінцівок, набряки. Розлади периферійного кровообігу, гіпоксія обумовлюють порушення функції паренхіматозних органів.

Важливою ознакою цієї стадії є виникнення фібриляції передсердь, яка спричиняє значне погіршення гемодинаміки. При рентгенологічному дослідженні відзначається подальше збільшення тіні серця, посилення легеневого малюнка, розширення коренів легень. У багатьох хворих при ехоКГ спостерігається кальциноз клапана, тромбоз лівого передсердя, площа мітрального отвору складає менше 1 см².

Хірургічне лікування можливе.

V стадія – термінальна. Вона характеризується важкими розладами кровообігу, які відповідають III клінічній стадії серцевої недостатності з незворотними дегенеративними змінами внутрішніх

органів, асцитом, атрофією м'язової системи. На ЕКГ – глибокі дистрофічні зміни міокарда, різноманітні порушення ритму серця.

Хірургічне лікування не показано.

Мітральна недостатність:

ревматична **I.05.1.**
неревматична **I.34.0.**

(з уточненням етіології)

Стадії:

I стадія – компенсації. Мінімальний зворотній тік крові через лівий передсердно-шлуночковий отвір, порушень гемодинаміки практично немає. Клінічно виявляється невеликий систолічний шум на верхівці серця, незначне збільшення лівого передсердя. При ехоКГ – незначна (до +) регургітація на мітральному клапані.

Хірургічне лікування не показано.

II стадія – субкомпенсації. Спостерігається при більш значній недостатності, коли зворотній тік крові в ліве передсердя зростає. Порушення гемодинаміки призводять до дилатації лівого передсердя та гіпертрофії лівого шлуночка. Компенсація порушень гемодинаміки, що здійснюється лівим шлуночком, є ефективною та стійко зберігається. На відміну від мітрального стенозу, набряк легенів спостерігається дуже рідко. Фізична активність хворих незначно обмежена, оскільки збережена можливість підвищення хвилинного об'єму серця і задишка виникає лише при значному фізичному навантаженні. Відзначається середньої інтенсивності систолічний шум на верхівці серця. Рентгенологічно – визначається збільшення та посилення пульсації лівих відділів серця. На ЕКГ виявляється відхилення електричної осі серця вліво, в частині випадків – ознаки перевантаження лівого шлуночка. При ехоКГ регургітація на мітральному клапані в межах 2+.

Хірургічне лікування не показано.

III стадія – правошлуночкової декомпенсації. Настає при значній регургітації крові в ліве передсердя. Перерозтягнення лівого шлуночка призводить до його дилатації. Періодично настає декомпенсація серцевої діяльності, що усувається медикаментозною терапією. При фізичному навантаженні виникає задишка, але менш виражена, ніж при стенозі. Грубий систолічний шум на верхівці іррадіює в пахову ділянку. Відмічається виражена пульсація грудної стінки в області серця. На ЕКГ – ознаки гіпертрофії

лівого шлуночка. Рентгенологічно виявляються значне збільшення розмірів та пульсація лівих відділів серця. «Другий бар'єр», як правило, не виражений, внаслідок чого немає значного збільшення легеневої артерії. При ехоКГ регургітація на мітральному клапані більше за 2+.

Показане хірургічне лікування.

IV стадія – дистрофічна. Характеризується появою стійкої правошлуночкової недостатності. При огляді спостерігається посилення верхівкового поштовху, пульсація венозних судин на шиї. При аускультувці крім грубого систолічного шуму, обумовленого мітральною недостатністю, нерідко спостерігаються шуми, пов'язані з дилатацією фіброзних кілець та появою недостатності тристулкового клапану. На ЕКГ на фоні ознак гіпертрофії лівого або обох шлуночків – може виявлятися фібриляція передсердь та інші порушення ритму. При рентгенологічному дослідженні серце значно розширене; відзначається застій крові у малому колі кровообігу. Можуть спостерігатись різної вираженості порушення функції печінки та нирок.

Показане хірургічне лікування.

V стадія – термінальна. Відповідає III клінічній стадії серцевої недостатності, важкі незворотні зміни внутрішніх органів (печінки, нирок), асцит.

Хірургічне лікування не показано.

Комбінована ревматична мітральна вада: I.05.2

з перевагою стенозу: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким при мітральному стенозі;

з перевагою недостатності: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким при мітральній недостатності;

без явної переваги: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким для мітральної недостатності.

Пролапс мітрального клапана **I.34.1**

Аортальний стеноз:

ревматичний **I.06.0**
неревматичний **I.35.0**

(з уточненням етіології)

Стадії :

I стадія – повної компенсації. Скарги відсутні, вада прояв-

ляється лише при аускультатії, при ехоКГ – визначається невеликий градієнт систолічного тиску на аортальному клапані в межах 26-30 мм рт. ст.

Хірургічне лікування не показано.

II стадія – прихованої серцевої недостатності. Хворі скаржаться на підвищену втомлюваність, задишку при фізичному навантаженні, запаморочення. Поряд із аускультативними ознаками спостерігаються рентгенологічні та ЕКГ- ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. При ехоКГ – помірний градієнт систолічного тиску на аортальному клапані (до 50 мм рт. ст.).

Показане хірургічне лікування.

III стадія – відносної коронарної недостатності. Скарги на біль стенокардитичного характеру, прогресуючу задишку. Можуть виникати запаморочення та втрата свідомості при фізичному навантаженні. Спостерігається суттєве збільшення розмірів серця, переважно за рахунок лівого шлуночка. На ЕКГ – виражені ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, гіпоксії міокарда, пов'язані з відотною недостатністю коронарного кровообігу гіпертрофованого серцевого м'яза. При ехоКГ – градієнт систолічного тиску вищий за 50 мм рт. ст.

Показане хірургічне лікування.

IV стадія – вираженої лівошлуночкової недостатності. Характеризується подальшим прогресуванням тих же скарг. Можуть виникати запаморочення та втрата свідомості при фізичному навантаженні. Періодично виникають напади пароксизмальної задишки вночі, серцевої астми, з'являється набряк легень, збільшення печінки. При рентгенологічному дослідженні – збільшення не тільки лівого шлуночка, але й інших відділів серця, а також застійні явища в легенях. За даними ЕКГ відзначаються важкі порушення коронарного кровообігу, часто фібриляція передсердь. При ехоКГ на фоні значного погіршення показників скоротливої функції лівого шлуночка – визначається значний градієнт систолічного тиску на аортальному клапані, часто кальциноз клапана. Ліжковий режим та медикаментозна терапія у частини хворих можуть сприяти тимчасовому поліпшенню стану окремих хворих.

Хірургічне лікування у більшості випадків неможливе, питання вирішується індивідуально, з урахуванням ефективності передопераційної медикаментозної терапії.

V стадія – термінальна. Характеризується прогресуючою недо-

статністю лівого та правого шлуночків. Різко виражені всі суб'єктивні та об'єктивні ознаки вади. Загальний клінічний стан дуже важкий, лікування не ефективне. Хірургічне втручання не проводиться.

Аортальна недостатність:

ревматична	I.06.1
неревматична	I.35.1

(з уточненням етіології)

Стадії:

I стадія - компенсації. Характеризується початковими симптомами вади за відсутності скарг. При ехоКГ – незначна (в межах 1+) регургітація на аортальному клапані.

Хірургічне лікування не показано.

II стадія – прихованої серцевої недостатності. Проявляється помірним зниженням працездатності при виражених клінічних ознаках вади. Відзначаються характерні фізикальні дані: збільшення пульсового тиску. При рентгенологічному обстеженні – помірне збільшення та посилення пульсації лівого шлуночка. На ЕКГ – ознаки помірної гіпертрофії лівого шлуночка. При ехоКГ – регургітація на аортальному клапані в межах 2+.

Хірургічне лікування не показано.

III стадія – субкомпенсації. Характеризується значним зниженням фізичної активності, нападами ангінозного болю. Посилена пульсація сонних артерій («танок каротид»), мінімальний артеріальний тиск звичайно складає менше половини максимального. При рентгенологічному обстеженні – дилатація та посилення пульсації лівого шлуночка і аорти. Діастолічний шум. На ЕКГ – ознаки вираженої гіпоксії міокарда і гіпертрофії лівого шлуночка, при ехоКГ – значна (3+ та більше) регургітація на аортальному клапані.

Показане хірургічне лікування.

IV стадія – декомпенсації. Проявляється вираженою задишкою та нападами ангінозного болю при незначному фізичному навантаженні, виявляється виражена дилатація серця, яка часто спричиняє відносну мітральну недостатність («мітралізація» вади), подальше погіршення функції міокарда, прогресування коронарної недостатності. Спостерігаються виражені розлади кровообігу, що проявляються серцевою астмою, збільшенням печінки та ін. Медикаментозна лікування та ліжковий режим сприяють лише тимчасо-

вому покращенню стану хворих.

Показане хірургічне лікування.

V стадія – термінальна. Характеризується важкою прогресуючою недостатністю лівого та правого шлуночків, глибокими дегенеративними змінами внутрішніх органів (периферичні набряки, асцит, трофічні розлади). Медикаментозна терапія не ефективна.

Хірургічне лікування не показане.

Комбінована аортальна вада:

ревматична **I.06.2**
неревматична **I.35.2**

(з уточненням етіології)

з перевагою стенозу: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким для аортального стенозу;

з перевагою недостатності: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким для аортальної недостатності;

без явної переваги: стадії та показання до хірургічного лікування відповідають таким для аортального стенозу.

Тристулковий стеноз:

ревматичний **I.07.0**
неревматичний **I.36.0**

(з уточненням етіології)

Тристулкова недостатність:

ревматична **I.07.1**
неревматична **I.36.1**

(з уточненням етіології)

Комбінована тристулкова вада:

ревматична **I.07.2**
неревматична **I.36.2**

(з уточненням етіології)

Стеноз клапану легеневої артерії – **I.37.0**

Недостатність клапану легеневої артерії – **I.37.1**

Комбінована вада клапану легеневої артерії – **I.37.2**

Поєднані вади серця:

мітрально-аортальна **I.08.0**
мітрально-тристулкова **I.08.1**
аортально-тристулкова **I.08.2**

мітрально-аортально-тристулкова **I.08.3**

(з розшифровкою; див. формулювання діагнозу)*

Примітка:

**Першою наводиться вада з більшою виразністю відповідних клініко – гемодинамічних ознак.*

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ

Набуті вади серця

- Хронічна ревматична хвороба серця, активність I ступеня, комбінована мітральна вада з перевагою стенозу IV стадії, кальциноз клапана 2+, постійна форма фібриляції передсердь, СН ІІБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, ІІІ ФК.
- Хронічна ревматична хвороба серця, активність I ступеня, поєднане ураження мітрального та аортального клапанів (аортальний стеноз IV стадії, мітральна недостатність II стадії), шлуночкова екстрасистолічна аритмія, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІ ФК.
- ІХС, стенокардія напруження ІІ ФК, кардіосклероз, атеросклеротичний аортальний стеноз ІІ стадії, кальциноз клапана 1+, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, ІІ ФК.

Розділ 6

КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ

Коди

МКХ

X перегляду

ПОРУШЕННЯ УТВОРЕННЯ ІМПУЛЬСУ

- 149.8** – синусова тахікардія (більше 90 комплексів за хвилину)
– синусова брадикардія (менше 60 комплексів за хвилину)
– синусова аритмія

145.5 – зупинка (відмова) синусового вузла

149.8 – вислизуючі комплекси та ритми:

- передсердні
 - повільні
 - прискорені
- з АВ з'єднання
 - повільні
 - прискорені
- шлуночкові
 - повільні
 - прискорені

145.8 – АВ дисоціації

149.8 – міграція надшлуночкового водія ритму

Екстрасистолія («передчасна деполяризація» – термін наведено згідно з МКХ-10):

149.1 – передсердна;

149.2 – передсердно-шлуночкова (атріовентрикулярна);

149.3 – шлуночкова

- поодинокі (до 30 ектопічних комплексів за годину)
- часті (30 ектопічних комплексів і більше за годину)
- алоритмія (бі-, три -, квадригемінія)
- поліморфна

- парна
- рання (R на T)

147.1 – тахікардії

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

Надшлуночкові тахікардії:

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

Шлуночкові тахікардії:

147.2 • нестійка (від 3 шлуночкових комплексів до 30 секунд);
– мономорфна
– поліморфна

147.2 • стійка (триваліше 30 секунд);
– мономорфна
– поліморфна

147.0 • постійно-зворотня
– мономорфна
– поліморфна

148.0 – фібриляція і тріпотіння передсердь

• пароксизм, що вперше виник
– брадисистоличний варіант (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)

- тахісistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень більше 90 за хвилину)
 - рецидивуюча форма
 - пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно в межах 48 годин)
 - брадисistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)
 - тахісistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень більше 90 за хвилину)
 - персистоюча (коли для відновлення синусового ритму необхідне втручання)
 - брадисistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)
 - тахісistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень більше 90 за хвилину)
 - постійна (коли синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно)
 - брадисistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)
 - тахісistolічний варіант (частота шлуночкових скорочень більше 90 за хвилину)
- 149.0** – фібриляція і тріпотіння шлуночків

ПОРУШЕННЯ ПРОВЕДЕННЯ ІМПУЛЬСУ

- 145.5** – синоаурикулярні блокади
- атріовентрикулярні блокади
- 144.0** • I ст.
- 144.1** • II ст.
- I типу
 - II типу
- 144.2** • III ст.
- внутрішньошлуночкові блокади:
- Однопучкові блокади:**
- 145.0** – блокада правої ніжки пучка Гіса
- 144.4** – блокада передньоверхнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса

- 144.5** – блокада задньонижнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса
- постійна
 - минуча
- 145.2** – двопучкові блокади:
- блокада лівої ніжки пучка Гіса
 - блокада правої ніжки пучка Гіса та передньоверхнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса
 - блокада правої ніжки пучка Гіса та задньонижнього розгалуження лівої ніжки пучка Гіса
- 145.3** – трипучкові блокади

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ УТВОРЕННЯ І ПРОВЕДЕННЯ ІМПУЛЬСУ

- 149.4** – парасистоія
- передсердна
 - з АВ з'єднання
 - шлуночкова

ЗАХВОРЮВАННЯ, СИНДРОМИ І ФЕНОМЕНИ

- 149.8** – ідіопатичні форми аритмій;
- синдроми та ЕКГ феномени передзбудження шлуночків:
 - синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта;
 - синдром укороченого інтервалу PR (Лауна-Ганонга-Лівайна);
- 149.8** – синдром ранньої реполяризації шлуночків;
- 149.8** – синдром подовженого інтервалу QT:
- вроджений
 - набутий
- 149.5** – синдром слабкості синусового вузла;
- 146.9** – синдром Морганьї-Адамса-Стокса;
- 149.8** – аритмогенна дисплазія правого шлуночка;
- 149.8** – синдром Бругада;
- 149.0** – синдром Фредеріка;
- 146.1** – раптова серцева смерть (аритмічна) (смерть, що настала протягом 1 години після появи перших симптомів)

захворювання або суттєвого погіршення стану хворого на тлі стабільного хронічного перебігу захворювання)

- з відновленням серцевої діяльності
 - фібриляція шлуночків
 - асистолія
 - електромеханічна дисоціація (зазначається при можливості)
- раптова серцева смерть (необоротна)
 - фібриляція шлуночків
 - асистолія
 - електромеханічна дисоціація (зазначається при можливості)
- зупинка серця (смерть, що настала більш ніж через 1 годину після появи чи посилення симптомів захворювання)

146.0 ● з відновленням серцевої діяльності;

146.9 ● зупинка серця (необоротна)

АРИТМІЇ ПРИ НОРМАЛЬНІЙ АБО ПОРУШЕНІЙ ФУНКЦІЇ КАРДІОСТИМУЛЯТОРІВ РІЗНОГО ТИПУ

У діагнозі потрібно зазначити кардіохірургічні втручання та пристрої, використані для лікування аритмій і порушень провідності серця (із зазначенням методу та дати втручання) – катетерні (радіочастотні та інші) деструкції, імплантації водіїв ритму і кардіовертерів – дефібриляторів, проведеної кардіоверсії чи дефібриляції (зазначається дата останньої) тощо.

ПРИКЛАДИ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОЗІВ

1. ІХС: стабільна стенокардія напруження I ФК, атеросклеротичний кардіосклероз, нестійка поліморфна лівшлуночкова тахікардія, СН I ст., зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка

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

3. Синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта, передсердно-шлуночкова пароксизмальна реципрокна ортодромна тахікардія. СН 0 ст.

4. ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (2006 р.), постійна блокада лівої ніжки пучка Гіса, СН II А ст., зі систолічною дисфункцією ЛШ, III ФК по NYHA.

5. Синдром подовженого інтервалу QT, пароксизмальна поліморфна шлуночкова тахікардія, синкопальні стани. СН 0 ст.

Розділ 7

КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Основні терміни

- Клінічна стадія серцевої недостатності (СН)
- Варіант серцевої недостатності
- Функціональний клас (ФК) пацієнта

Коди за МКХ-10: I50, I50.0, I50.9

Клінічні стадії: I; IIA; IIB; III.

СН I, СН IIA; СН IIB; СН III відповідають критеріям I, IIA, IIB та III стадій хронічної недостатності кровообігу за класифікацією М. Д. Стражеска і В. Х. Василенка (1935 р.):

I – початкова недостатність кровообігу; виявляється лише при фізичному навантаженні (задишка, тахікардія, втомлюваність); у спокої гемодинаміка та функції органів не порушені;

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

період А – початок стадії, порушення гемодинаміки виражене помірно; відзначають порушення функції серця або тільки якогось з його відділів;

період Б – кінець тривалої стадії: глибокі порушення гемодинаміки, потерпає вся серцево-судинна система;

III – кінцева, дистрофічна недостатність кровообігу; тяжке порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів.

Варіанти серцевої недостатності:

– Із систолічною дисфункцією ЛШ: ФВ ЛШ 45 % і менше;

– Із збереженою систолічною функцією ЛШ: ФВ ЛШ більше 45 %.

Функціональні класи пацієнтів за критеріями Нью-Йоркської Асоціації серця (NYHA):

I ФК – пацієнти із захворюванням серця, в яких виконання звичайних фізичних навантажень не викликає задишки, втоми чи серцебиття;

II ФК – пацієнти із захворюванням серця та помірним обмеженням фізичної активності. Задишку, втому, серцебиття спостеріга-

ють при виконанні звичайних фізичних навантажень;

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

IV ФК – пацієнти із захворюванням серця, в яких будь-який рівень фізичної активності спричиняє зазначені вище суб'єктивні симптоми. Останні виникають також у стані спокою.

Примітки

1. Стадія СН відображає етап клінічної еволюції даного синдрому, тоді як ФК пацієнта є динамічною характеристикою, що може змінюватися під впливом лікування (додаток 1).

2. Визначення варіантів СН (із систолічною дисфункцією або зі збереженою систолічною функцією ЛШ) можливе лише за наявності відповідних даних ехокардіографічного дослідження.

Додаток 1. Орієнтовна відповідність клінічних стадій СН і ФК

Стадія СН	Функціональний клас пацієнта
I стадія	II ФК (на фоні адекватного лікування – I ФК)
IIA стадія	III ФК (на фоні адекватного лікування – II ФК, інколи I ФК)
IIБ стадія	IV ФК (на фоні адекватного лікування – III ФК, інколи II ФК)
III стадія	IV ФК (іноді на фоні адекватного лікування – III ФК)

ПРИКЛАДИ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОЗІВ

Діагноз		
№ п/п	Попередній або клінічний (до лікування)	Заключний (після лікування)
1	ІХС: постінфарктний кардіосклероз, хронічна аневризма передньоперегородкового відділу ЛШ. СН IIA стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, III ФК	Такий самий; II ФК
2	Дилатативна кардіоміопатія, постійна форма фібриляції передсердь. СН IIБ стадії із систолічною дисфункцією ЛШ, IV ФК	Такий самий; III ФК
3	ІХС: стабільна стенокардія напруження, II ФК, постінфарктний кардіосклероз, СН I стадії із збереженою систолічною функцією ЛШ*	Такий самий
4	Гіпертонічна хвороба III стадії, гіпертензивне серце. СН IIA стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, III ФК	Такий самий; II ФК

5	Гіпертрофічна кардіоміопатія, обструктивна форма, СН IIA стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, III ФК	Такий самий; II ФК
6	Ревматизм, активність I ступеня, ревмокардит, комбінована аортальна вада з перевагою недостатності IV ст., СН IIA стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, III ФК	Такий самий; III ФК
7	Ревматизм, активність I ступеня, ревмокардит, мітральний стеноз IV ст., трикуспідальна недостатність, СН IIБ стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ, IV ФК	Такий самий; III ФК
8	Гіпертонічна хвороба III стадії, гіпертрофія ЛШ, ІХС: постінфарктний кардіосклероз, постійна форма фібриляції передсердь, СН IIБ стадії з систолічною дисфункцією ЛШ, IV ФК	Такий самий; III ФК

* - якщо у хворого наявна стабільна стенокардія напруження, то в діагнозі вказують тільки ФК останньої, ФК ХСН не наводять.

Розділ 8

КЛАСИФІКАЦІЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ (НЦД)

Код МКХ 10: С90; F45.3

1. Нейроциркуляторна дистонія за кардіальним типом:
 - Кардіалгія
 - Аритмія
2. Нейроциркуляторна дистонія за гіпертензивним типом
3. Нейроциркуляторна дистонія за гіпотензивним типом
4. Нейроциркуляторна дистонія за змішаним типом

ПРИКЛАДИ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОЗІВ

1. НЦД по кардіальному типу, аритмічний варіант. Шлуночкова екстрасистолічна аритмія. СН 0.
2. НЦД по гіпертонічному типу. СН 0.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом без елевації ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія)

Код МКХ 10: I20 - I22

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Гострий коронарний синдром (ГКС) – група симптомів і ознак, які дозволяють підозрювати гострий інфаркт міокарда (ГІМ) або нестабільну стенокардію (НС).

Термін ГКС використовується при першому контакті з хворими, як попередній діагноз. Включає ГКС із стійкою елевацією сегмента ST на ЕКГ і без такої. Перший у більшості випадків передують ГІМ з зубцем Q на ЕКГ, другий – ГІМ без Q і НС (заключні клінічні діагнози).

ГІМ – це некроз будь-якої маси міокарда внаслідок гострої тривалої ішемії. НС – гостра ішемія міокарда, важкість і тривалість якої недостатня для розвитку некрозу міокарда. ГІМ без підйому

ST/без Q відрізняється від НС збільшенням рівня біохімічних маркерів некрозу міокарда в крові, які в НС відсутні.

В якості клінічних діагностичних критеріїв ГКС слід вважати:

1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний біль в спокої.
2. Стенокардія не менш за III ФК (за класифікацією Канадської асоціації кардіологів, 1976 р.), яка виникла вперше (протягом попередніх 28 днів)
3. Прогресуюча стенокардія, якнайменше III ФК.

ЕКГ критерії ГКС: горизонтальна депресія сегменту ST та/або «коронарний» негативний зубець Т. Можлива також відсутність цих ЕКГ-змін.

Біохімічні критерії ГКС: підвищення в сироватці крові вмісту КФК (бажано визначення МВ-КФК фракції) з наступним зниженням у динаміці та/або серцевих тропонинів Т чи І. В суперечливих випадках ці критерії є визначальними.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ГКС повинні обов'язково терміново госпіталізуватись у спеціалізоване інфарктне (або при відсутності – в кардіологічне) відділення стаціонару, бажано у блок інтенсивного спостереження лікування та реанімації (БРІТ). Після стабілізації стану хворі випускаються на амбулаторне лікування під спостереження кардіолога.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ (на обох руках)
4. ЕКГ у 12 відведеннях в динаміці
5. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, КФК в динаміці 3 рази, бажано МВ-КФК чи тропонін Т або І при необхідності в динаміці 2 рази, АЛТ, АСТ, калій, натрій, білірубін, креатинін, холестерин загальний, тригліцериди, глюкоза крові)
6. ЕхоКГ
7. Навантажувальний тест (ВЕМ або тредміл) при стабілізації стану та відсутності протипоказань
8. КВГ: відсутність стабілізації стану хворого при проведенні адекватної медикаментозної терапії протягом 48 годин або на-

явність протипоказів до проведення навантажувальних тестів

Додаткові дослідження

1. ЧАТВ (при лікуванні нефракціонованим гепарином)
2. коагулограма
3. Ro ОГК

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. Аспірин.
2. Тієнопіридинови похідні.
3. Нефракціонований гепарин (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням), фондапарінукс або низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні клінічних ознак ішемії і більше.
4. β -адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності.
5. Статини показані всім хворим. Пацієнтам із загальним холестерином крові < 4,5 ммоль/л та/або ХС ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л - за рішенням лікаря.
6. Інгібітори АПФ усім хворим, при їх непереносимості – БРА І.
7. Нітрати при наявності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда. Як альтернативу можна використовувати сідніміні.
8. Блокатори кальцієвих каналів. Ділтiazем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипокази до β -адреноблокаторів, і у хворих з варіантною стенокардією при відсутності СН з систолічною дисфункцією ЛШ. Дигідропіридини ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з β -блокаторами¹.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Для знеболення, при недостатньому ефекті нітратів і β -адреноблокаторів – ненаркотичні і наркотичні анагетикі.
2. При підвищенні АТ – антигіпертензивна терапія
3. При рецидивуючій ішемії міокарда – ревазуляризація міокарда. Показання та вибір метода ревазуляризації ви-значаються характером ураження коронарних артерій за даними КВГ.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Зникнення стенокардії та стабілізація гемодинаміки.

Тривалість лікування

Обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю 7-10 днів. Подовження термінів лікування можливе при наявності ускладнень, рефрактерної НС, СН, важких аритмій і блокад.

Критерії якості лікування

Відсутність клінічних і ЕКГ ознак ішемії міокарда. Відсутність ознак високого ризику за даними навантажувальних тестів (ішемічна депресія сегмента ST \geq 2 мм, толерантність до фізичного навантаження менше 5 MET – 75 Вт чи при загальній роботі < 22 кДж, зниження систолічного АТ під час навантаження).

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Наприклад, проведення адекватної антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання протягом всього життя. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 6 грам на добу, обмежується вживання тваринних жирів, та продуктів, які містять холестерин. Рекомендується дієта, збагачена ν -3 поліненасиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовані тимчасові обмежені дозовані фізичні навантаження та ЛФК під контролем фахівців з ЛФК. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання. Показана реабілітація в амбулаторних умовах або приміських спеціалізованих санаторіях (при відсутності протипоказань).

Відновлювальному лікуванню в реабілітаційних кардіологічних відділеннях місцевих санаторіїв підлягають хворі згідно встановленого порядку направлення (Наказ МОЗ № 206 від 30.12.1992 р.). Пе-

реведення хворих в спеціалізоване відділення санаторіїв здійснюється після виконання адекватного вимогам ВООЗ, за даними клінічного та електрокардіографічного контролю, такого рівня фізичної активності: дозована ходьба на 1000 метрів в 1-2 прийоми та підйом по сходах на 17-22 сходинки.

При направленні на санаторний етап реабілітації треба керуватися функціональною підготовкою хворого до виконання вказаного рівня рухової активності, а не терміном виникнення інфаркту міокарда чи нестабільної стенокардії. При неадекватному виконанні рухового режиму – тест з фізичним навантаженням на ВЕМ чи коронароангіографія для рішення питання про необхідність хірургічного втручання.

Показаннями для санаторного етапу є:

1. Хворі з первинним чи повторним Q (великовогнищевим, трансмуральним) або без зубця Q (дрібновогнищевим) інфарктом міокарда, при задовільному виконанні необхідного рівня фізичного режиму.

2. Хворі, які перенесли нестабільну стенокардію за умов адекватності виконання необхідного рівня фізичної активності.

3. Стан після операції аорто-коронарного шунтування, резекції аневризми, після стентування коронарних судин, після хірургічних втручань з приводу порушень серцевого ритму не раніше 15-18 днів після операції без післяопераційних ускладнень.

4. Допускається наявність у хворих таких ускладнень та супутніх захворювань на момент направлення їх в санаторій:

СН не вище II А стадії;

– нормо- чи брадиаритмічна форма постійної миготливої аритмії;

– поодинокі або часті, але не політопні, не групові та не ранні (R на T) екстрасистолії;

– атріовентрікулярна блокада не вище I ступеня;

– аневризми серця при недостатності кровообігу не вище I ступеня;

– артеріальна гіпертензія з коригованим артеріальним тиском та безкризовим перебігом;

– цукровий діабет II типу компенсований або субкомпенсований.

Протипоказання для проведення санаторного етапу лікування такі:

1. Загальні протипоказання, які виключають направлення хворих у санаторій (гострі інфекційні захворювання, венеричні захворювання, психічні захворювання, захворювання крові в гострій стадії та стадії загострення, злоякісні новоутворення, супутні захворювання в стадії декомпенсації або загострення та ін.).

2. Серцева недостатність вище IIA стадії.

3. Стенокардія IV функціонального класу.

4. Тяжкі порушення серцевого ритму та провідності (пароксизми миготіння та тріпотіння передсердь або пароксизмальна тахікардія з частотою приступів більше 2 разів на місяць, політопна, рання та групові екстрасистолія, атріовентрікулярна блокада II-III ступеня, трьохпучкова блокада).

5. Артеріальна гіпертензія III з некоригованим артеріальним тиском, кризовим перебігом та значними порушеннями функції нирок.

6. Рецидивуючі тромбоемболічні ускладнення.

7. Цукровий діабет некомпенсований і важкого перебігу.

8. Неможливість виконувати подальше розширення рухового режиму внаслідок інших причин

Примітка: ¹. Дигідропіридинові похідні короткої дії протипоказані.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом з елевацією ST (інфарктом міокарда з зубцем Q)

Код МКХ 10: I21 - I22

Ознаки та критерії діагностики захворювання

ГКС із стійкою елевацією ST у більшості випадків передують ГІМ з зубцем Q. ГІМ – це некроз будь-якої маси міокарду внаслідок гострої тривалої ішемії. В якості клінічних діагностичних критеріїв слід вважати:

1.1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний біль в спокої.

1.2. Наявність типових змін ЕКГ (елевація ST \geq 0,1 мВ в стандартних відведеннях та/або \geq 0,2 мВ в прекардіальних відведеннях з характерною динамікою, поява патологічного зубця Q, блокада лівої ніжки пучка Гіса, що гостро виникла).

1.3. Поява біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ГКС повинні обов'язково терміново госпіталізуватись у спеціалізоване інфарктне (кардіологічне) відділення стаціонару, бажано у блок інтенсивного спостереження лікування та реанімації (БРІТ). Після стабілізації стану хворі виписуються на амбулаторне лікування.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу.
2. Клінічний огляд.
3. Вимірювання АТ.
4. ЕКГ у 12 відведеннях в динаміці.
5. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, КФК в динаміці 3 рази, бажано МВ-КФК чи тропонін Т або І при необхідності в динаміці 2 рази, АЛТ, АСТ, калій, натрій, білірубін, креатинін, холестерин загальний, тригліцериди, глюкоза крові).

6. ЕхоКГ.

Додаткові дослідження

1. Коронарорентрокулографія безумовно при давності ГКС до 12 годин і можливості виконання процедури протягом 90 хв після першого контакту з лікарем.
2. ЧАТВ (при лікуванні нефракціонованим гепарином) або МНО (при лікуванні варфарином)
3. Коагулограма
4. Навантажувальний тест (ВЕМ або тредміл) при стабілізації стану та відсутності протипоказань.
5. Ro ОГК

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. Тромболітична терапія з використанням стрептокінази, альтеплази або тенектеплази, проводиться при відсутності протипоказів і можливості проведення протягом 12 годин від початку ангінозного нападу.
2. Первинні коронарні втручання при давності клініки ГКС до 12 годин, а при збереженні або відновленні ішемії, в пізніші

терміни є методом вибору в лікуванні інфаркту міокарда, що ускладнений кардіогенним шоком, при наявності протипоказів до тромболітичної терапії та в умовах, коли можливо виконати процедуру протягом 90 хвилин від першого контакту з лікарем. Показання та вибір методу ревазуляризації визначаються характером ураження коронарних артерій за даними КВГ та можливістю клініки.

3. Аспірин.

4. Тієнопіридинові антитромбоцитарні препарати показані у хворих з ревазуляризацією міокарда, післяінфарктною стенокардією, при непереносимості або резистентності до аспірину.

5. Нефракціонований гепарин (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням) або низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Фондапарінукс у хворих, яким не планується проведення ревазуляризації міокарда. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні ознак ішемії і більше.

6. β -адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності.

7. Блокатори кальцієвих каналів. Ділтiazем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипокази до β -адреноблокаторів (і у хворих з варіантною стенокардією) при відсутності СН з систолічною дисфункцією. Дигідропіридини ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з β -блокаторами¹.

8. Нітрати при наявності гострої серцевої недостатності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда або значної дилатації лівого шлуночка для зменшення переднавантаження. Як альтернативу можна використовувати сидноніміни.

9. Інгібітори АПФ, при непереносимості – блокатори АТ1 рецепторів до ангіотензину II

10. Статини: показані всім хворим. Пацієнтам із загальним холестерином крові <4,5 ммоль/л та/або ХС ЛПНЩ<2,5 ммоль/л – за рішенням лікаря.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Для знеболення, при недостатньому ефекті нітратів і β -адреноблокаторів – ненаркотичні і наркотичні анагететики.
2. При підвищенні АТ – антигіпертензивна терапія, передусім інгібітори АПФ

3. Для зниження ризику розвитку раптової смерті показано призначення омакору.

4. Лікування основних ускладнень:

4.4. Гостра лівошлуночкова недостатність (класифікація за Т. Killip-J. Kimball, 1969)

4.4.1. початкова та помірно виражена (Killip II): фуросемід, нітрати (внутришньовенно або перорально), блокатори рецепторів альдостерону

4.4.2. важка (Killip III): фуросемід (внутришньовенно), нітрати (внутришньовенно), левозімендан (внутришньовенно), допамін (при порушенні гемодинаміки), добутамін, ШВЛ; у разі розвитку альвеолярного набряку легень: піногасники, морфін, кровопускання

4.4.3. кардіогенний шок:

4.4.3.1. рефлекторний – ненаркотичні та наркотичні аналгетики, симпатоміметики

4.4.3.2. аритмічний: ЕІТ або електрокардіостимуляція

4.4.3.3. істиний: допамін, добутамін, повна реваскуляризація міокарда (ЧКВ, АКШ), внутрішньоаортальна балонна контрпульсація (при можливості)

4.5. важкі шлуночкові порушення ритму: β -адреноблокатори, аміодарон (за необхідності подальшої профілактики), лідокаїн

4.6. АВ-блокади: профілактичне встановлення ендокардіального електрода в правий шлуночок (АВ-блокада 2-го ступеня Мобітц I при задньому ІМ, АВ-блокада 2-го ступеня Мобітц II, АВ-блокада 3-го ступеня), при порушенні гемодинаміки – електрокардіостимуляція.

4.7. При наявності тромбоутворення у порожнині лівого шлуночка показана тривалапероральна антикоагулянтна терапія

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Стабілізація рівня функціонального класу (ФК). Відсутність ускладнень.

Тривалість лікування

Обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю 14-17 днів. Подовження термінів лікування можливе при наявності ускладнень, передусім СН, післяінфарктної стенокардії, важких порушень ритму і АВ-блокад.

Критерії якості лікування

Відсутність клінічних і ЕКГ ознак гострої ішемії міокарда. Відсутність ознак високого ризику за даними навантажувальних тестів (ішемічна депресія сегмента ST \geq 2 мм, толерантність до

фізичного навантаження менше 5 MET – 75 Вт чи роботи менше 22 кДж, зниження систолічного АТ під час навантаження). Відсутність серцевої недостатності вище I стадії, рецидивування потенціально фатальних аритмій, АВ-блокад високого ступеню.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Проведення адекватної тромболітичної та антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання протягом всього життя. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 6 грам на добу, обмежується вживання тваринних жирів, та продуктів, які містять холестерин. Рекомендується їжа збагачена ν -3 поліненасиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовані тимчасові обмежені дозовані фізичні навантаження під контролем фахівців з ЛФК. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання. Показана реабілітація в амбулаторних умовах або приміських спеціалізованих санаторіях (при відсутності протипоказань).

Відновлювальному лікуванню в реабілітаційних кардіологічних відділеннях місцевих санаторіїв підлягають хворі згідно встановленого порядку направлення (Наказ МОЗ № 206 від 30.12.1992 р.). Переведення хворих в спеціалізоване відділення санаторіїв здійснюється після виконання адекватного вимогам ВООЗ, за даними клінічного та електрокардіографічного контролю, такого рівня фізичної активності: дозована ходьба на 1000 метрів в 1-2 прийоми та підйом по сходах на 17-22 сходинки.

При направленні на санаторний етап реабілітації треба керуватися функціональною підготовкою хворого до виконання вказаного рівня рухової активності, а не терміном виникнення інфаркту міокарда чи нестабільної стенокардії. При неадекватному вико-

нанні рухового режиму тест з фізичним навантаженням чи КАГ для рішення питання про необхідність хірургічного втручання.

Показаннями для санаторного етапу є:

1. Хворі з первинним чи повторним Q (великовогнищевим, трансмуральним) або без зубця Q (дрібновогнищевим) інфарктом міокарда, при задовільному виконанні необхідного рівня фізичного режиму.

2. Стан після операції аорто-коронарного шунтування, резекції аневризми, після стентування коронарних судин, в задовільному стані при відсутності післяопераційних ускладнень і досягненні певного рівня фізичної активності у хворих на ГІМ.

3. Допускається наявність у хворих таких ускладнень та супутніх захворювань на момент направлення їх в санаторій:

- СН не вище ІІА ст.;
- нормо- чи брадиаритмічна форма постійної форми фібриляції передсердь;
- поодинокі або часті, але не політопні, не групові та не ранні (R на T) екстрасистолі;
- атріовентрикулярна блокада не вище І ступеня;
- аневризма серця при недостатності кровообігу при СН не вище ІІА ст.;
- артеріальна гіпертензія з коригованим артеріальним тиском та безкризовим перебігом;
- цукровий діабет ІІ типу компенсований або субкомпенсований.

Протипоказання для проведення санаторного етапу лікування такі:

1. Загальні протипоказання, які виключають направлення хворих у санаторій (гострі інфекційні захворювання, венеричні захворювання, психічні захворювання, захворювання крові в гострій стадії та стадії загострення, злоякісні новоутворення, супутні захворювання в стадії декомпенсації або загострення та ін.).

2. Серцева недостатність вище ІІА стадії.

3. Стенокардія ІV функціонального класу.

4. Тяжкі порушення серцевого ритму та провідності (часті пароксизми миготіння та тріпотіння передсердь або пароксизмальна тахікардія, політопна, рання та групові екстрасистолі, атріовентрикулярна блокада ІІ-ІІІ ступеня, трипучкова блокада).

5. Артеріальна гіпертензія ІІІ з некоригованим артеріальним тиском, кризовим перебігом та значними порушеннями функції нирок.

6. Рецидивуючі тромбоемболічні ускладнення.

7. Цукровий діабет некомпенсований і важкого перебігу.

8. Неможливість виконувати подальше розширення рухового режиму внаслідок інших причин.

Примітка: ¹. Дігідропірідінові похідні короткої дії протипоказані.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією напруження І-ІІ ФК

Код МКХ 10: І20.8

Ознаки та критерії діагностики захворювання

При стабільній стенокардії напруження відзначається поява ангінозних нападів при фізичному навантаженні. Функціональний клас (ФК) стенокардії визначається рівнем навантаження, при якому з'являються ознаки ішемії. При І ФК напади стенокардії виникають при значних фізичних навантаженнях. При проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням ознаки ішемії з'являються у хворого при навантаженні більше 125 Вт або більше 9 МЕТ.

При ІІ ФК стенокардії спостерігається незначне обмеження щодо звичайних фізичних навантажень. При проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням хворий виконує навантаження 100–125 Вт або 6-9 МЕТ.

Ознаки ішемії при проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням:

1. Поява типового ангінозного нападу

2. Горизонтальна чи косонисхідна депресія сегменту ST \geq 1 мм або елевація сегменту ST \geq 1 мм (за виключенням відведень V1 і AVR, а також відведень з зубцем Q).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі зі стенокардією напруження І та ІІ ФК підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при не-

обхідності додаткових обстежень – за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові, з обов'язковим визначенням гемоглобіну, та сечі, визначення в сироватці крові рівня глюкози, загального холестерину, тригліцеридів, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, калію, натрію, креатиніну, АЛТ, АСТ, білірубину)
5. ЕКГ у 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Ро ОГК
8. Тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)

Додаткові дослідження

1. Коагулограма
2. Добовий моніторинг ЕКГ
3. Коронарографія
4. Проби, що провокують коронарний вазоспазм (проба з ергометрином, холодова).
5. Стрес-ЕхоКГ з добутином та дипіридамолом

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. Модифікація стилю життя.
2. Аспірин 75 мг на добу – для всіх пацієнтів за відсутності протипоказань (шлунково-кишкові кровотечі, алергія або толерантність до аспірину). Клопідогрель як альтернативний антитромбоцитарний засіб для пацієнтів зі стабільною стенокардією, які не отримують аспірин, а також до і після черезшкірних коронарних втручань.
3. Статини – для пацієнтів з ІХС і рівнем загального ХС > 4,5 ммоль/л. Доза визначається індивідуально з урахуванням цільового рівня загального холестерину крові < 4,5 ммоль/л та холестерину ЛПНЩ < 2,5 ммоль/л. Хворим з початковим рівнем загаль-

ного ХС нижчим за 4,5 ммоль/л статини призначаються з урахуванням ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, можливої побічної дії та вартості препаратів.

4. Бета-блокатори – для всіх пацієнтів з ІХС за відсутності протипоказань. Перевага надається селективним β -1 адреноблокаторам тривалої дії, враховуючи необхідність 24-годинного захисту міокарду від ішемії. Доза препаратів визначається за ЧСС у стані спокою (рекомендоване зниження ЧСС до 55-60 ударів за хвилину). При непереносимості бета-блокаторів, як альтернатива для зниження ЧСС, доцільне призначення інгібіторів *If-каналів* (івабрадин).

5. Інгібітори АПФ – для пацієнтів із спеціальними показаннями для їхнього призначення, такими як артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, дисфункція лівого шлуночка або цукровий діабет. Раміприл і периндоприл мають також додаткові докази щодо покращення прогнозу у пацієнтів з ІХС. Для хворих з ІХС без спеціальних показів для їх призначення, інгібітори АПФ можуть бути рекомендовані з урахуванням співвідношення потенційної користі (позитивний вплив на прогноз захворювання), з одного боку, і ризику щодо побічних реакцій, поліпрагмазії, надмірної вартості лікування, з іншого.

6. Нітрати короткої дії – для усунення нападів стенокардії. Рекомендоване використання швидкодіючих нітратів (нітроглицерин, ізосорбід динітрат у вигляді сублінгвальних таблеток, спреїв). Нітрати пролонгованої дії з профілактичною метою показані хворим, які мають регулярні напади стенокардії, а також перед значними фізичними навантаженнями.

7. Блокатори кальцієвих каналів та нітрати тривалої дії показані при непереносимості чи недостатній ефективності бета-адреноблокаторів у вигляді моно- або комбінованої терапії.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Метаболітні агенти (триметазидин) в якості додаткової терапії або при непереносимості основних препаратів.
2. Фібрати для пацієнтів з високими ТГ і низким ХС ЛПВЩ, з супутнім цукровим діабетом або метаболічним синдромом.
3. При супутній артеріальній гіпертензії – антигіпертензивна терапія. Цільовий рівень АТ < 130/85 мм рт ст.
4. При супутньому цукровому діабеті – цукрознижуюча терапія. Цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну (Hb A_{1c}) < 7 %.

5. Реваскуляризація міокарда – визначається обсяг та необхідність втручання за даними коронарорентрокулографії.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Зменшення чи усунення нападів стенокардії, попередження гострих коронарних синдромів, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Тривалість лікування

Хворі потребують пожиттєвого застосування препаратів.

Критерії якості лікування

Відсутність клінічних та ЕКГ ознак ішемії міокарду. Підвищення толерантності до фізичного навантаження (за даними ВЕМ: приріст потужності навантаження не менше ніж на 25 Вт та тривалості тесту – не менше ніж на 3 хвилини) Відсутність прогресування стенокардії та розвитку гострих коронарних синдромів. Зменшення частоти госпіталізації.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні реакції – відповідно до фармакологічних властивостей препаратів. Частіше за все спостерігаються брадикардія, артеріальна гіпотензія. Проведення адекватної антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих з існуючими ураженнями травного тракту та за наявності інших факторів ризику. Підвищення трансаміназ (АЛТ, АСТ).

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності – обстеження і корекція терапії частіше, ніж 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту з обмеженням солі до 6 г на добу, тваринних жирів та інших продуктів з великим вмістом холестерину. Рекомендується дієта, збагачена харчовими волокнами та ω -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовані дозовані фізичні навантаження згідно рекомендацій лікаря після отримання результатів навантажувальних тестів.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією напруження III-IV ФК.

Код МКХ 10: I20.8

Ознаки та критерії діагностики захворювання

При стабільній стенокардії напруги відмічається поява ангінозних нападів при фізичному та емоційному навантаженні. Функціональний клас (ФК) стенокардії визначається рівнем навантаження, при якому з'являються ознаки ішемії та/або стенокардії. При III ФК напади стенокардії виникають при звичайному фізичному навантаженні. При IV ФК напади стенокардії провокуються мінімальними навантаженнями та можуть виникати у стані фізичного спокою. При проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням на велоергометрі або тредмілі хворий виконує навантаження не більше 50 Вт або 4 МЕТ.

Ознаки ішемії при проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням:

1. Поява типового ангінозного нападу
2. Горизонтальна або косонисхідна депресія сегменту ST \geq 1 мм або елевація сегменту ST \geq 1 мм (за виключенням відведень V1 і AVR, а також відведень з зубцем Q).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з стенокардією напруження III ФК підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Хворі IV ФК зі стенокардією спокою потребують стаціонарного лікування. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. За показаннями хворі потребують направлення на коронарографію з метою визначення подальшої тактики лікування.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові, з обов'язко-

вим визначенням гемоглобіну, та сечі, визначення в сироватці крові рівня глюкози, загального холестерину, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, тригліцеридів, калію, натрію, креатиніну, АЛТ, АСТ, білірубину)

5. ЕКГ у 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Ro ОГК
8. Тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)
9. Коронарорентрикулографія.

Додаткові дослідження

1. Коагулограма
2. Добовий моніторинг ЕКГ
3. Фармакологічні проби
4. Стрес-ЕхоКГ
5. Біохімічні показники: КФК, ЛДГ.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. Модифікація стилю життя.
2. Аспірин 75-150 мг на добу – для всіх пацієнтів крім тих, хто має протипоказання (шлунково-кишкові кровотечі, алергія або толерантність до аспірину). Клопідогрель як альтернативний антитромбоцитарний засіб для пацієнтів зі стабільною стенокардією, які не отримують аспірин, а також для лікування хворих до і після черешшкірних коронарних втручань.
3. Статини – для всіх пацієнтів з ІХС. Доза визначається індивідуально з урахуванням цільового рівня загального холестерину крові <4,5ммоль/л та холестерину ЛПНЩ <2,5 ммоль/л). Для хворих дуже високого ризику цільовий рівень ХС ЛПНЩ – до 1,8 ммоль/л. Одночасно для оцінки переносимості лікування контролюють вміст в крові АЛТ, АСТ і КФК.
4. Бета-блокатори – для всіх пацієнтів з ІХС за відсутності протипоказань, обов'язково – для пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом та серцевою недостатністю, оскільки ці препарати покращують прогноз таких хворих. Перевага надається селективним β -1 адреноблокаторам тривалої дії, враховуючи необхідність 24-годинного захисту міокарду від ішемії. Доза препаратів визначається за ЧСС у стані спокою (рекомендоване зниження ЧСС до 55-60 ударів за хвилину). При непереносимості бета-блокаторів, як альтернатива для зниження ЧСС, доцільне призначення інгібіторів If-каналів (івабрадин).

5. Інгібітори АПФ – для пацієнтів із спеціальними показаннями для їхнього призначення, такими як артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, дисфункція лівого шлуночка або цукровий діабет. Раміпріл і периндоприл мають також додаткові докази щодо покращення прогнозу у пацієнтів з ІХС. Для хворих з ІХС без спеціальних показів для їх призначення інгібітори АПФ можуть бути рекомендовані з урахуванням співвідношення потенційної користі (позитивний вплив на прогноз захворювання), з одного боку, і ризику щодо побічних реакцій, поліпрагмазії, надмірної вартості лікування, з іншого.

6. Нітрати короткої дії – для усунення нападів стенокардії. Рекомендоване використання швидкодіючих нітратів (нітрогліцерин, ізосорбід у вигляді сублінгвальних таблеток, спреїв). Нітрати пролонгованої дії з профілактичною метою показані хворим, які мають регулярні напади стенокардії, а також перед значними фізичними навантаженнями.

7. Блокатори кальцієвих каналів та нітрати тривалої дії показані при непереносимості чи недостатній ефективності бета-адреноблокаторів у вигляді моно- або комбінованої терапії.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Омега-3 поліненасичені жирні кислоти (омакор) – хворим, які перенесли інфаркт міокарду.
2. Метаболітні агенти (триметазидин) в якості додаткової терапії або при непереносимості основних препаратів.
3. Фібрати – для пацієнтів з високими ТГ і низким ХС ЛПВЩ, з супутнім цукровим діабетом або метаболічним синдромом.
4. При супутній артеріальній гіпертензії – антигіпертензивна терапія. Цільовий рівень АТ<130/85 мм рт. ст.
5. При супутньому цукровому діабеті – цукрознижуюча терапія. Цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) < 7%.
6. Реваскуляризація міокарда – визначається обсяг та необхідність втручання за даними коронарорентрикулографії.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Зменшення чи усунення нападів стенокардії, попередження гострих коронарних синдромів, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Тривалість лікування

При медикаментозному лікуванні хворі потребують пожиттєвого щоденного застосування препаратів.

Критерії якості лікування

Відсутність клінічних та ЕКГ ознак ішемії міокарда. Підвищення толерантності до фізичного навантаження. Відсутність прогресування стенокардії та розвитку гострих коронарних синдромів. Зменшення частоти госпіталізації.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні реакції – відповідно до фармакологічних властивостей препаратів. Частіше за все спостерігаються брадикардія, артеріальна гіпотензія. Проведення адекватної антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих з існуючими ураженнями травного тракту та за наявності інших факторів ризику. Підвищення трансаміназ (АЛТ, АСТ).

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Обов'язкове щорічне обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше, ніж 1 раз на рік. Після адекватної ендovasкулярної і хірургічної реваскуляризації міокарду хворі потребують постійного застосування аспірину (за необхідності – клопидогрелю) та статинів при рівні загального ХС крові $\geq 4,5$ ммоль/л та/або ХС-ЛПНЩ $\geq 2,5$ ммоль/л.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту з обмеженням солі до 6 г на добу, жирів тваринного походження та інших продуктів з великим вмістом холестерину. Рекомендується дієта, збагачена харчовими волокнами та ω -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендоване обмеження фізичних навантажень відповідно до ступеню зниження толерантності до фізичного навантаження внаслідок ішемії міокарда. Більшість хворих потребує направлення на МСЕК у зв'язку з стійкою втратою працездатності.

Після проведення АКШ хворі потребують проведення психофізичної реабілітації, в тому числі з санаторним етапом за показаннями. Рекомендовані тренуючі дозовані фізичні навантаження згідно рекомендацій лікаря після отримання результатів навантажувальних тестів.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим з дисліпідеміями

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Всі пацієнти з виявленими дисліпідеміями, в тому числі хворі з ІХС та еквівалентами ІХС (з периферичним атеросклерозом, атеросклерозом мозкових артерій, аневризмою аорти, хворі з цукровим діабетом), а також безсимптомні пацієнти з дисліпідеміями підлягають обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень – за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Кожному дорослому пацієнту при звертанні в медичну установу слід визначити рівні холестерину (ХС) і тригліцеридів (ТГ).

2. Провести збір скарг та анамнезу.

3. При підвищенні рівнів ХС і/або ТГ – визначити розгорнутий ліпідний профіль плазми: ХС, ХС – ліпопротеїнів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), ТГ, обчислити за формулою Friedewald прогностично значимий ХС ліпопротеїнів низької щільності (ХС-ЛПНЩ).

4. Визначити наявність факторів ризику: паління, гіпертензії, ожиріння, цукрового діабету.

5. У пацієнтів без клінічних ознак ІХС і атеросклерозу іншої локалізації оцінити згідно шкали SCORE фатальний 10-річний ризик ССЗ.

Додаткові дослідження

1. При підозрі на наявність сімейної дисліпідемії – провести додатково обстеження ліпідного профілю близьких родичів та генетичне дослідження.

2. При неможливості обчислення ХС-ЛПНЩ відповідно до формули Friedewald (при концентрації ТГ більше ніж 4,5 ммоль/дл або 400 мг/дл) – провести визначення ліпідного профілю методом електрофорезу або ультрацентрифугування.

3. При діагностуванні ІХС, еквівалентів ІХС або АГ – подальше обстеження проводити у відповідності до нозологічної форми.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту.

Хворі з дисліпідеміями повинні отримувати комплексне лікування:

1. Немедикаментозну терапію (дієта, корекція ваги, підвищення фізичної активності, припинення паління) для досягнення оптимальних характеристик ліпідного профілю.

2. Медикаментозне лікування відповідно до різних варіантів дисліпідемії:

a. Гіперхолестеринемія – статини.

b. Комбінована дисліпідемія – статини, деяким пацієнтам можна рекомендувати комбінацію статинів і фібратів.

c. Гіпертригліцеридемія – фібрати та/або статини.

3. У безсимптомних пацієнтів: якщо шляхом модифікації способу життя протягом 8-12 тижнів не вдається досягти наміченої мети, розпочати медикаментозне гіполіпідемічне лікування у відповідності до варіанту дисліпідемії (статини та/або фібрати).

4. У хворих із установленою ІХС або її еквівалентами терапію статинами необхідно розпочати одночасно із заходами щодо немедикаментозної профілактики.

5. Контролювати ліпідні параметри, печінкові і м'язові ферменти: АЛТ, АСТ, КФК х 1 раз на три місяці.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. При супутній АГ – антигіпертензивна терапія.

2. При супутньому цукровому діабеті – цукрознижуюча терапія.

3. При тяжких формах сімейних дисліпідемії – можлива корекція ліпідного профілю методом плазмаферезу.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

1. Досягнення цільових рівнів ХС та ХС-ЛПНЩ:

• для загальної популяції цільовий рівень ХС плазми повинен бути <5,2 ммоль/л (200 мг/дл), а рівень ХС-ЛПНЩ повинен бути <3 ммоль/л (115 мг/дл);

• для пацієнтів із ІХС, її еквівалентами і пацієнтів з цукровим діабетом цільовий рівень ХС повинен бути <4.5 ммоль/л (175 мг/дл), а рівень ХС-ЛПНЩ повинен бути <2.5 ммоль/л (100 мг/дл).

2. Для пацієнтів з сімейною гіперхолестеринемією чи іншими генетичними порушеннями метаболізму ліпідів, при неможливості зниження ХС-ЛПНЩ нижче рівня 3 ммоль/л (115 мг/дл) із залученням комбінованої ліпідознижуючої терапії, з подвійними чи потрійними режимами препаратів, слід намагатися зменшити рівні

загального ХС принаймні на 20 % і ХС-ЛПНЩ принаймні на 30 %, що очікувано має супроводжуватися істотним клінічним ефектом.

Тривалість лікування

Хворі потребують пожиттєвого немедикаментозного та медикаментозного лікування.

Критерії якості лікування

У переважної більшості пацієнтів з дисліпідеміями критерієм якості є досягнення цільових рівнів ХС та ХС-ЛПНЩ.

У хворих з сімейною гіперхолестеринемією чи іншими генетичними порушеннями метаболізму ліпідів зменшення рівня загального ХС на 20 % і ХС-ЛПНЩ на 30 % є критерієм досягнення істотного клінічного ефекту.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі виникнення побічних ефектів згідно фармакологічних властивостей ліпідознижуючих препаратів (статинів, фібратів): підвищення трансаміназ (АЛТ, АСТ більше ніж у три рази) та КФК (більше ніж у 10 разів). При підозрі на розвиток побічних реакцій – відміна ліпідознижуючих препаратів.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Контролювати ліпідні параметри, печінкові і м'язові ферменти: АЛТ, АСТ, КФК х 1 раз у три місяці протягом першого року. В подальшому слід проводити щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекції терапії частіше, ніж раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень.

Хворі з дисліпідеміями повинні отримувати низькокалорійну дієту, загальне споживання жиру не повинне перевищувати 30 % споживаної енергії, частка насичених жирів не повинна перевищувати третину від загального споживання жиру. Споживання холестерину повинно бути нижче 300 мг на день. Рекомендується дієта, збагачена харчовими волокнами. Насичений жир може частково бути замінений складними вуглеводами, і омега-3 поліненасиченими жирними кислотами з морепродуктів.

Хворим з АГ і особам з надлишковою вагою рекомендується додатково знизити вживання солі до 5 і менше г/день; обмежити прийом алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовані дозовані фізичні навантаження згідно рекомендацій лікаря після отримання результатів навантажувальних тестів.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) I-II стадії

Код МКХ 10: I10-I15

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

Тривалий час захворювання перебігає без жодних клінічних ознак. АГ можливо виявити під час обстеження або диспансеризації. При прогресуванні захворювання можуть з'являтися неспецифічні скарги на головний біль, особливо зранку, запаморочення, шум у вухах.

Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ) встановлюють при виключенні симптоматичних (вторинних) АГ. При I стадії ГХ відсутні ознаки органічних уражень органів-мішеней (серця, мозку, нирок). При II стадії є щонайменше одна з об'єктивних ознак ушкодження органів мішеней: гіпертрофія лівого шлуночка за даними ЕКГ або ЕхоКГ, рентгенограм, генералізоване звуження артерій сітківки, симптомне або безсимптомне ураження нирок, протеїнурія або мікроальбумінурія, вміст креатиніну у сироватці крові у чоловіків – 115-133 мкмоль/л або 1,3-1,5 мг/дл, у жінок – 107-124 мкмоль/л або 1,2-1,4 мг/дл при швидкості клубочкової фільтрації >60 мл/хв/1,73 м²).

Для ГБ I-II стадій характерні неускладнені гіпертонічні кризи (кардіальний, церебральний та безсимптомний).

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ГБ I та II стадій підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання в районних поліклініках дільничими терапевтами або сімейними лікарями. В складних випадках для виключення симптоматичних (вторинних) АГ додаткове обстеження та уточнення діагнозу проводиться в міських кардіологічних, нефрологічних, ендокринологічних відділеннях, ди-

спансерах або стаціонарах та діагностичних центрах з залученням відповідних спеціалістів.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ на обох руках
4. Вимірювання АТ на нижніх кінцівках аускультативним методом (при вперше виявленому підвищенні АТ в осіб молодше за 40 років та старше 55 років)
5. Вимірювання маси тіла та окружності талії
6. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, добова протеїнурія, креатинін, холестерин, тригліцериди, глюкоза, калій, натрій крові)
7. ЕКГ у 12 стандартних відведеннях
8. ЕхоКГ
9. Огляд очного дна

Додаткові дослідження

1. Визначення мікроальбумінурії
2. Добовий моніторинг АТ
3. УЗД нирок
4. Допплеровське дослідження сонних та ниркових артерій
5. Радіоізотопна ренографія
6. При зниженні відносної щільності сечі – аналіз сечі за Земницьким
7. Визначення рівнів реніну, альдостерону в крові, катехоламінів в сечі
8. Визначення вмісту холестерину у ліпопротеїдах різних фракцій

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Застосування антигіпертензивних препаратів I ряду (β -адреноблокатори, тiazидні або тiazідоподібні діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію¹, антагоністи рецепторів до ангіотензину II). Лікування починають з невеликих доз, поступово збільшуючи до досягнення цільового АТ. Низькодозова комбінована терапія може використовуватися як альтернатива монотерапії. При стійкому

рівні АТ $\geq 160/100$ рекомендується починати лікування із комбінованої терапії.

При недостатньому ефекті проводять комбіновану терапію 2-3 препаратами I ряду у необхідних дозах.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Аспірин після нормалізації рівня АТ

2. При недостатній ефективності або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують антигіпертензивні препарати II ряду (α_1 -адреноблокатори, насамперед при супутній аденомі передміхурової залози, моксонідин, петлеві діуретики, калійзберігаючі діуретики, α -метілдопа, резерпін).

3. При гіпер- і дисліпідемії, цукровому діабеті, а також у хворих високого ризику – терапія статинами

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Стійке зниження АТ до цільового – $<140/90$, а для хворих цукровим діабетом – $<130/80$. Зменшення вираженості скарг хворого з боку серцево-судинної системи. Корекція факторів серцево-судинного ризику

Тривалість лікування

Стационарне лікування не потребує, за винятком пацієнтів, рефрактерних до терапії. Амбулаторне лікування проводиться безперервно протягом життя.

Критерії якості лікування

Стабілізація АТ в межах цільового. Відсутність ускладнень гіпертонічної хвороби.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії антигіпертензивних препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження в рамках діагностичної програми, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше, ніж 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 5 г на добу, обмежується вживання тваринних жирів та продуктів, які містять холестерин. Рекомендується дієта, збагачена ν -3 поліненас

сиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Відмова від роботи в нічний час, нормалізація режиму сну та відпочинку. Рекомендована оптимізація фізичної активності (30-45 хв 3-5 разів на тиждень). Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.

Примітка: ¹ Дігідропірідинові похідні короткої дії можуть бути застосовані тільки для лікування гіпертонічного кризу.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) III стадії

Код МКХ 10: I10-I13

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск.

При III стадії гіпертонічної хвороби (ГХ) є об'єктивні ознаки ураження органів мішеней з порушенням їх функції: перенесені інфаркт міокарду та інсульт, хронічна серцева недостатність IIА-III ст., хронічна ниркова недостатність або дисфункція нирок (швидкість клубочкової фільтрації ≤ 60 мл/хв/1,73 м² протягом 3 місяців і більше, концентрація креатиніну в плазмі у чоловіків >133 мкмоль/л або $>1,5$ мг/дл, у жінок >124 мкмоль/л або $>1,4$ мг/дл), хронічна гіпертензивна енцефалопатія III ст. Для гіпертонічної хвороби III стадії характерні ускладнені гіпертонічні кризи в анамнезі: розвиток на фоні підвищеного АТ гострих коронарних синдромів, гострого порушення мозкового кровообігу, крововиливи (в мозок, сітківку), розшарування аорти.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ГБ III стадії підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання в районних поліклініках чи сімейними лікарями з обов'язковою консультацією кардіолога 1 раз на рік. За недостатньої ефективності амбулаторного лікування хворі

підлягають стаціонарному лікуванню в терапевтичному або кардіологічному відділенні за місцем проживання. В складних випадках для виключення симптоматичних (вторинних) АГ додатково обстеження та уточнення діагнозу проводиться в міських кардіологічних, ендокринологічних диспансерах або стаціонарах та діагностичних центрах. При розвитку ускладненого гіпертонічного кризу необхідна обов'язкова термінова госпіталізація в палату інтенсивної терапії відповідного профілю.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ на обох руках
4. Вимірювання АТ на нижніх кінцівках (при вперше виявленому підвищенні АТ в осіб молодших за 40 років та старше 55 років)
5. Вимірювання маси тіла та окружності талії
6. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, добова протеїнурія, креатинін, холестерин, тригліцериди, глюкоза, калій, натрій крові)
7. ЕКГ у 12 стандартних відведеннях
8. ЕхоКГ
9. Огляд очного дна
10. Ro ОГК
11. УЗД нирок

Додаткові дослідження

1. Добовий моніторинг АТ
2. Допплерівське дослідження сонних та ниркових артерій
3. Мікроальбумінурія
4. КТ та МРТ голови
5. Радіоізотопна ренографія
6. При супутній ІХС та наявності відповідних показань коронаро-вентрикулографія
7. Визначення вмісту холестерину у ліпопротеїдах різних фракцій.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Комбінована терапія 2-4 антигіпертензивними препаратами I ря-

ду (β -адреноблокатори, тiazидні або тiazидоподібні діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію¹, антагоністи рецепторів до ангіотензину II), одним з яких повинен бути тiazидоподібний діуретик. При наявності хронічної ниркової недостатності – призначають петлеві діуретики.

При ускладненому гіпертензивному кризі артеріальний тиск повинен бути знижений протягом 1 години з використанням внутрішньовенної терапії згідно показань і особливостей кризу. Застосовуються нітрати, натрій нітропрусид, β -адреноблокатори, петлеві діуретики та ін.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Аспірин після нормалізації АТ
2. При недостатній ефективності або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують антигіпертензивні препарати II ряду (α_1 -адреноблокатори, передусім при супутній аденомі передміхурової залози, моксонідін, α -метілдопа, резерпін, петлеві та калійзберігаючі діуретики, [спіронолактон – при наявності показань])
3. При хронічному ураженні нирок та супутній мікроальбумінурії або протеїнурії, в тому числі при цукровому діабеті, обов'язкове призначення інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів до ангіотензину II
4. При гіпер- і дісліпідемії, цукровому діабеті, пренесених інсульті, інфаркті міокарда, ознаках атеросклеротичного ураження периферичних судин та ураженні нирок – терапія статинами

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Стійке зниження АТ до цільового – $<140/90$, для хворих цукровим діабетом – $<130/80$, при хронічному ураженні нирок та добовій протеїнурії 1 г і більше – $<125/75$ мм рт. ст. Зменшення кількості та вираженості скарг хворого з боку серцево-судинної системи. Зменшення факторів ризику.

Тривалість лікування

Амбулаторне лікування проводиться безперервно протягом життя.

При ускладненому гіпертензивному кризі обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю згідно профілю та виду ускладнення. Стаціонарне лікування потрібне при недостатній ефективності амбулаторного лікування, наявності ускладнень (гостра декомпен-

сація при серцевій недостатності, хронічній нирковій недостатності). Тривалість стаціонарного лікування – 10-12 діб.

Критерії якості лікування

Стабілізація АТ в межах цільового. Відсутність нових ускладнень гіпертонічної хвороби з боку органів мішеней та подальшого прогресування порушень їх функцій.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії антигіпертензивних препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження в рамках діагностичної програми, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше, ніж 2 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 5 г на добу, обмежується вживання тваринних жирів та продуктів, які містять холестерин. Рекомендується дієта, збагачена ν -3 поліненасиченими жирними кислотами (морська риба). При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Хворі можуть направлятися на МСЕК в зв'язку з втратою працездатності. Рекомендовані обмежені дозовані фізичні навантаження під контролем фахівців з ЛФК. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.

Примітка: ¹ Дігідропірідинові похідні короткої дії можуть бути застосовані тільки для лікування гіпертонічного кризу.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із дилатаційною кардіоміопатією

Код МКХ 10: I42.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) – гостре, підгостре або хронічне ушкодження серцевого м'яза різної етіології, що супроводжується кардіомегалією з розширенням камер серця, порушенням систолічної функції і розвитком симптомів серцевої недостатності. Первинна діагностика ДКМП повинна включати в себе обов'язкове дослідження та виключення таких причин кардіомегалії, як ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, вади серця, хронічний важкий міокардит, ендокринні захворювання тощо. Діагноз ідіопатичної ДКМП встановлюють при наявності кардіомегалії за даними інструментальних методів дослідження (ЕхоКГ, КВГ, рентгену), та дифузного зниження скоротливої функції шлуночка/ів серця (найчастіше лівого шлуночка) при відсутності будь-яких причин, які б могли призвести до кардіомегалії.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ДКМП підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень – в міських кардіологічних диспансерах та діагностичних центрах. При прогресуванні серцевої недостатності показане лікування в кардіологічних стаціонарах за місцем проживання.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження при первинній діагностиці

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ на обох руках
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, визначення в крові глюкози, АЛТ, АСТ, КФК загального та МВ-фракції, білірубину, креатиніну, загального холестерину, тригліцеридів, калію, натрію, загального білку та білкових фракцій, СРП, ревмопроб)
5. ЕКГ у 12 відведеннях

6. ЕхоКГ
7. Ро ОГК

Додаткові дослідження

1. Коронарентрикулографія
2. Ендоміокардіальна біопсія
3. Радіонуклідна вентрикулографія та сцинтиграфія міокарда (із цитратом галія-67, індій-III-оксимом, 99-технецієм)
4. Добовий моніторинг ЕКГ
5. Тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)
6. Коагулограма
7. ПТІ або МНС
8. Натрійуретичний пептид сироватки крові
9. Лабораторні методи визначення функції щитовидної залози, наднирників (при підозрі на ендокринну кардіоміопатію), рівня сечової кислоти
10. МРТ із контрастуванням.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворі повинні отримувати комплексну терапію лікування систолічної ХСН із використанням:

- Інгібіторів АПФ, які показані всім хворим протягом невизначено тривалого часу.
- β -адреноблокаторів – метопролола, карведілола, бісопролола, небівалола – які показані всім гемодинамічно стабільним хворим при відсутності протипоказань.
- Салуретиків, які доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини.
- Серцевих глікозидів, головним чином дігосину. Найбільш доцільно застосування при наявності тахі- і нормосистолічному варіантах фібриляції передсердь.
- Блокаторів рецепторів ангіотензину II (при непереносимості інгібіторів АПФ).
- Антагоністів альдостерону. Спіронолактон використовують як:
 - 1). Тимчасовий засіб для посилення діуретичного ефекту
 - 2). Засіб впливу на нейрогуморальні механізми розвитку серцевої недостатності (в даному разі у дозі 25 мг на добу).

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Аміодарон у хворих з симптоматичними або важкими шлуночковими аритміями, а також при тахісistolічній формі фібриляції передсердь у випадках недостатнього ефекту інших препаратів.

2. Внутрішньовенні симпатоміметичні засоби – допамін та/або добутамін – використовуються при недостатньому ефекті від лікування ХСН тільки в умовах стаціонару, бажано із застосуванням спеціальних дозаторів.

3. Нітрати внутрішньовенно або у вигляді сублінгвального прийому похідних нітрогліцерину або ізосорбїду дїнітрату – при наявності ознак лівошлуночкової недостатності – з відміною після стабілізації гемодинаміки.

4. Антикоагулянти (непрямі) у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, при наявності тромбів у порожнинах серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). При неможливості визначення МНС – визначення протромбінового індексу.

5. Імплантація кардіовертера-дефібрилятора при наявності рецидивуючих фібриляції шлуночків або стійкої шлуночкової тахікардії та їх резистентності до антиаритмічних препаратів.

6. Імплантація трикамерного ЕКС в режимі DDDR при тяжкій ХСН, що є рефрактерною до медикаментозної терапії, у хворих зі значними порушеннями внутрішлуночкової провідності і десинхронізацією скорочення шлуночків.

7. Трансплантація серця.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Відсутність прогресування СН, збільшення тривалості життя.

Тривалість лікування

Хворі потребують щоденного застосування препаратів протягом невизначено тривалого часу. Терміни стаціонарного лікування визначаються ступенем СН та ефектом лікування.

Критерії якості лікування

1. Усунення або зменшення вираженості суб'єктивних симптомів ХСН – задишки, серцебиття, підвищеної втомлюваності.
2. Підвищення фракції викиду ЛШ.
3. Усунення клінічних ознак затримки рідини в організмі.
4. Поліпшення якості життя.

5. Збільшення терміну між госпіталізаціями.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

Частіш за все артеріальна гіпотензія. Проведення неадекватної антикоагулянтної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих із існуючими ураженнями травного тракту та іншими факторами ризику. У даних пацієнтів високий ризик тромбоемболічних ускладнень, особливо при застосуванні масивної діуретичної терапії. В групі хворих з ДКМП високий ризик аритмічної смерті.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання і обстежуватись не менш ніж 1 раз на 2 місяці, або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Обмеження добового споживання хлориду натрію: менше 3 г на добу при доклінічній та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менше 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК) Рекомендується їжа, збагачена ν -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління та вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовано обмеження фізичних навантажень згідно ступеня та вираженості ХСН. Регулярна фізична активність (повільна ходьба, фізичні вправи невеликої інтенсивності) відповідно до функціональних можливостей пацієнта («комфортний», але регулярний руховий режим). Більшість хворих потребує направлення на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності, яка зумовлена СН.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим на гіпертрофічну кардіоміопатію

Код МКХ 10: I42.1

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – це первинне ураження

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

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ГКМП підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади. У випадках неможливості хірургічного лікування при прогресуванні СН хворі направляються в кардіологічні стаціонари за місцем проживання.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та визначення сімейного анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ та доплер-дослідження
7. Добовий моніторинг ЕКГ
8. Рентгенографія ОГК

Додаткові дослідження

1. Катетеризація серця та/або коронаровентрикулографія

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. β -адреноблокатори.
2. Блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, ділтіазем).
3. Антиаритмічна терапія

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Інгібітори АПФ (особливо при наявності супутньої артеріальної гіпертензії)

2. Оперативне лікування, міектомія за наявності показань
3. Імплантація кардіостимулятора, а при наявності показань кардіовертера-дефібрилятора

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Поліпшення клінічного стану, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Тривалість лікування

Термін стаціонарного лікування при проведенні хірургічного втручання визначається індивідуально, при лікуванні СН в кардіологічному стаціонарі терміни лікування визначаються індивідуально залежно від важкості СН та ефективності терапії.

Критерії якості лікування

1. Поліпшення клінічного стану.
2. Підвищення толерантності до фізичного навантаження.
3. Зниження частоти госпіталізацій.
4. Усунення загрозливих для життя аритмій.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі потребують постійного диспансерного нагляду з обстеженням не менш як 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Індивідуальне вирішення питання залишкової працездатності відповідно до стану пацієнта. Забороняється робота на транспорті, на висоті, обмежуються фізичні навантаження.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із міокардитом

Код МКХ 10: I40, I41, I51.4

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Під міокардитом розуміють ураження міокарда запального характеру, зумовлене безпосереднім або ж опосередкованим через імунні механізми впливом інфекцій, паразитарної або протозойної інвазії, хімічних і фізичних чинників, метаболічних розладів, а також таке, що виникає при алергійних, аутоімунних захворюваннях і трансплантації серця.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Особливості обстеження та лікування залежать від поширеності та перебігу міокардиту. Хворі з вогнищевим міокардитом підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень – за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. Хворі із дифузним міокардитом середньої важкості або з важким перебігом потребують стаціонарного лікування в кардіологічних стаціонарах за місцем проживання з обов'язковим продовженням терапії в амбулаторних умовах.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, СРП, КФК або МВ-КФК, тропонін Т або І, титр АСЛО, холестерин, глюкоза крові)
5. Етіологічне дослідження із визначенням титрів віруснейтралізуючих антитіл до вірусів Коксаки групи В, ЕСНО, герпесу, гепатиту С і т. і. (імуноглобулінів класів G й M (IgM, IgG)) у плазмі, а також полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР)
6. Визначення показників імунологічного стану.

7. ЕКГ в 12 відведеннях
8. ЕхоКГ та Допплер-дослідження
9. Рентгенографія ОГК

Додаткові дослідження

1. Добовий моніторинг ЕКГ
2. Для діагностики хронічного міокардиту – радіоізотопна скінтіграфія з використанням ізотопів: технецій (99mTc), цитрат галію (67Ga), або моноклональні антитіла до міозину, мічені індієм

(111In).

3. Комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія із застосуванням таких контрастів, як омніскан і галодіамід.

4. Ендоміокардіальна біопсія із визначенням сучасних гістологічних критеріїв, так званий «Консенсус з визначення міокардиту».

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Згідно з сучасними алгоритмами, затвердженими на Конгресі кардіологів України (2004 р), лікування міокардиту відрізняється залежно від поширеності міокардіального пошкодження й важкості перебігу захворювання.

При гострому ізольованому міокардиті проводять:

1. Етіологічне лікування: препарати інтерферону, антибактеріальні препарати тощо.

2. Бета-адреноблокатори
3. Нестероїдні протизапальні препарати
4. Системна ензимотерапія
5. Метаболічна терапія
6. Симптоматичне лікування:

- антиаритмічні препарати;
- дезагреганти;
- діуретики.

При підгострому і хронічному ізольованих міокардитах:

1. Бета-адреноблокатори
2. Нестероїдні протизапальні препарати
3. Системна ензимотерапія
4. Метаболічна терапія
5. Симптоматичне лікування:

- антиаритмічні препарати;
- дезагреганти
- діуретики

При гострому дифузному міокардиті:

1. Етіологічне лікування: препарати інтерферону, протівірусні й антибактеріальні препарати тощо.

2. Бета-адреноблокатори й/або інгібітори АПФ чи блокатори рецепторів ангіотензину II (All)

84

3. Діуретики

4. Дезагреганти й/або антикоагулянти

5. Антиаритмічні препарати

6. Системна ензимотерапія

7. Метаболічна терапія

8. На даному етапі також можливе застосування:

- глюкокортикоїдів (як імуносупресорів при ідіопатичному або аутоімунному міокардиті);
- симпатоміметиків – для підтримки параметрів гемодинаміки при симптомах гострої важкої серцевої недостатності й кардіогенного шоку.

При підгострому дифузному міокардиті:

1. Курсове лікування гормонами й/або цитостатичними препаратами (при відсутності персистенції вірусу!)

2. Бета-адреноблокатори;
3. Інгібітори АПФ або блокатори рецепторів All
4. Діуретики
5. Дезагреганти й/або антикоагулянти
6. Антиаритмічні препарати
7. Системна ензимотерапія
8. Метаболічна терапія.

При хронічному дифузному міокардиті:

1. Курсове лікування гормонами й/або цитостатичними препаратами

2. Симптоматичне лікування ХСН:

- бета-адреноблокатори;
- інгібітори АПФ або блокатори рецепторів All;
- діуретики;
- дігосин.

3. Профілактика ускладнень:

- дезагреганти й/або антикоагулянти;
 - антиаритмічні препарати.
4. Системна ензимотерапія
 5. Метаболічна терапія.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. При наявності показань – санація вогнищ хронічних інфекцій

85

2. При важкому перебігу дифузного міокардиту:

- імплантація кардіовертера-дефібрилятора при наявності рецидивуючої фібриляції шлуночків або стійкої шлуночкової тахікардії та їх резистентності до антиаритмічних препаратів.
- імплантація трикамерного ЕКС в режимі DDDR при тяжкій СН, що є рефрактерною до медикаментозної терапії, у хворих зі значними порушеннями внутришлуночкової провідності і десинхронізацією скорочення шлуночків.
- Трансплантація серця при трансформації в ДКМП та важкому перебігу.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Одужання при легкому перебігу, відсутність прогресування СН, збільшення тривалості життя.

Тривалість лікування

Терміни стаціонарного лікування визначаються ступенем СН та ефектом від лікування. Строки амбулаторного лікування визначаються індивідуально, залежно від поширеності та перебігу міокардиту. Загальний термін лікування може бути до 6 міс., а при важкому перебігу дифузного міокардиту симптоматична терапія може проводитись протягом невизначено тривалого часу.

Критерії якості лікування

Поліпшення загального стану. Позитивна динаміка показників лабораторних та інструментальних методів дослідження. При хронічному важкому дифузному міокардиті – усунення або зменшення вираженості суб'єктивних симптомів ХСН, підвищення фракції викиду ЛШ, поліпшення якості життя, збільшення терміну між госпіталізаціями.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі потребують нагляду протягом 6 місяців після стаціонарного лікування. При хронічному дифузному міокардиті хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання і обстежуватись не менш ніж 1 раз на 2 місяці або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Повноцінне раціональне харчування; у випадках виникнення СН з обмеженням споживання рідини й кухонної солі. Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим на гострий перикардит, хронічний констриктивний перикардит

Код МКХ 10: I30, I32

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Перикардит – це інфекційне або неінфекційне (асептичне) запалення вісцерального і паріетального листків перикарду. Гострий перикардит незалежно від етіології може бути сухим, фібринозним або випітним. Поширеними продромальними проявами є лихоманка, нездужання або міалгія, але у пацієнтів літнього віку лихоманка може не виникати. Основні симптоми – біль за грудиною або в лівій прекардіальній ділянці (може бути «плевритичного» характеру або нагадувати ішемію, змінюється залежно від положення тіла) і відчуття нестачі повітря. Шум тертя перикарда може бути транзиторним, моно-, бі- або трифазним. Може бути наявним випіт у перикард. Ритм серця, як правило, прискорений і регулярний. Зниження вольтажу ЕКГ та прояви електричної альтерації піддаються зворотному розвитку після дренажу випоту. Методом вибору для виявлення випоту, супутнього серцевого або парасерцевого захворювання є ехокардіографія

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі на гострий перикардит підлягають стаціонарному лікуванню за місцем проживання, а за наявності показань – направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади.

Хворі на констриктивний перикардит підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідний спеціалізований заклад.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Вимірювання центрального венозного тиску
5. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ)
6. ЕКГ в 12 відведеннях

88

7. ЕхоКГ та Доплер-дослідження

8. Рентгенографія ОГК

Додаткові дослідження

1. Добовий моніторинг ЕКГ
2. Пункція перикарду з цитологічним дослідженням випоту
3. Комп'ютерна томографія або МРТ
4. Циркулюючі імунні комплекси, IgM, G, нейтралізуючі або комплексні зв'язуючі антитіла до вірусів Коксаки групи В, ЕСНО, герпесу в парних сироватках

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Етіопатогенетичне лікування основного захворювання:

- Антибіотики
- Нестероїдні протизапальні препарати
- Глюкокортикоїди
- Перикардіоцентез при значній кількості випоту.

2. Оперативне лікування при констриктивному перикардиті

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Симптоматичне лікування СН
2. Аміодарон у хворих з симптоматичними або важкими шлуночковими аритміями а також при тахісistolічній формі фібриляції передсердь у випадках недостатнього ефекту інших препаратів.
3. Антикоагулянти (непрямі) у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, при наявності тромбів у порожнинах серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). При неможливості визначення МНС – визначення протромбінового індексу.

4. Метаболічна терапія

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Одужання, поліпшення клінічного стану, відсутність прогресування симптомів СН.

Тривалість лікування

Термін стаціонарного лікування при проведенні хірургічного втручання визначається індивідуально. При лікуванні в кардіологічному стаціонарі хворі потребують щоденного застосування препаратів протягом невизначено тривалого часу (залежно від ефекту лікування).

89

Критерії якості лікування

Поліпшення клінічного стану хворих.

Нормалізація показників крові

Позитивна динаміка показників ЕхоКГ та доплер-дослідження

Підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Зникнення ознак СН.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. При проведенні перикардіоцентезу та/або катетеризації центральної вени можливі специфічні ускладнення.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі потребують постійного диспансерного нагляду з обмеженням не менш як 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Повноцінне харчування. При наявності симптомів СН обмеження добового споживання хлориду натрію: менше 3 г на добу при доклінічної та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менше 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК) Рекомендується дієта, збагачена ν -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Індивідуальне вирішення питання залишкової працездатності відповідно до стану пацієнта. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим на інфекційний ендокардит

Код МКХ 10: I33

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Інфекційний ендокардит – інфекційне запалення ендокарду, що супроводжується утворенням вегетацій на клапанах чи підклапанних структурах, їх деструкцією та розвитком недостатності клапана.

Виділяють ендокардит природних та протезованих клапанів.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з інфекційним ендокардитом підлягають стаціонарному лікуванню за місцем проживання. За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, глюкоза крові, калій, натрій)
5. Посіви крові на стерильність та визначення чутливості флори до антибіотиків
6. Коагулограма
7. ЕКГ в 12 відведеннях
8. ЕхоКГ та Допплерівське-дослідження
9. Рентгенографія ОГК
10. Консультація кардіохірурга

Додаткові дослідження

1. Катетеризація серця
2. Черезстравохідна ЕхоКГ
3. Комп'ютерна томографія

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. Оперативне лікування

2. Етіотропна терапія: антибіотикотерапія під контролем чутливості збудника, глюкокортикоїди тощо.

3. Симптоматичне лікування СН в залежності від стадії.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Аміодарон у хворих з симптоматичними або важкими шлуночковими аритміями, також при тахісистолічній формі фібриляції передсердь у випадках недостатнього ефекту інших препаратів.

2. Антикоагулянти (непрямі) у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, при наявності тромбів у порожнинах серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). При неможливості визначення МНС – визначення протромбінового індексу.

3. Метаболічна терапія

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Одужання, поліпшення клінічного стану, відсутність прогресування уражень клапанного апарату та симптомів СН.

Тривалість лікування

Термін стаціонарного лікування при проведенні хірургічного втручання визначається індивідуально. При лікуванні в кардіологічному стаціонарі хворі потребують щоденного застосування препаратів протягом невизначено тривалого часу (залежно від ефекту лікування).

Критерії якості лікування

1. Поліпшення клінічного стану хворих.
2. Нормалізація показників крові.
3. Негативна гемокультура.
4. Позитивна динаміка ЕКГ, покращання показників ЕхоКГ та Допплеровського дослідження.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Захворювання може ускладнюватись ТЕЛА та розвитком гострої та хронічної СН.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі потребують постійного диспансерного нагляду з обстеженням не менш як 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Повноцінне харчування. При наявності симптомів СН обмеження добового споживання хлориду натрію: менше 3 г на добу при доклінічній та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менше 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК) При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Індивідуальне вирішення питання залишкової працездатності відповідно до стану пацієнта.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим на хронічну ревматичну хворобу серця (вади серця)

Код МКХ 10: I05-09

Ознаки та критерії діагностики захворювання

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

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Всі хворі з вадами серця підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади. У випадках неможливості або відстрочення хірургічного лікування такі хворі підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. У випадках прогресування СН хворі направляються в кардіологічні стаціонари за місцем проживання. *Амбулаторний контроль та стаціонарне лікування проводиться до проведення хірургічного лікування або при неможливості останнього.*

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ, РФ)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ, доплер-дослідження.

7. Рентгенографія ОГК

Додаткові дослідження

1. Катетеризація серця та/або коронаровентрикулографія
2. Добовий моніторинг ЕКГ

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового

асортименту

1. Оперативне лікування вади серця.
2. Пеніцилінопрофілактика впродовж року.
3. Лікування СН в залежності від типу (систолічна або діастолічна).
4. Антикоагулянти – у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, з мітральним стенозом та протезованими клапанами серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). При неможливості визначення МНС – визначення протромбінового індексу.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Поліпшення клінічного стану, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Тривалість лікування

Термін стаціонарного лікування при проведенні хірургічного втручання визначається індивідуально. При лікуванні СН в кардіологічному стаціонарі терміни лікування визначають залежно від стадії СН та ефективності терапії.

Критерії якості лікування

Одужання або поліпшення клінічного стану хворих після хірургічного лікування. При консервативній терапії – відсутність прогресування СН, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зниження частоти госпіталізацій.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Найбільш характерними ускладненнями є прогресування СН, легенево-судинна тромбоемболія, раптова серцева смерть.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі потребують постійного диспансерного нагляду з обстеженням не менш як 1-2 рази на рік. При наявності СН підлягають диспансерному огляду не менш ніж 1 раз на 2 місяці або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

При наявності СН – обмеження добового споживання хлориду натрію: менше 3 г на добу при доклінічній та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менше 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК).

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

При наявності СН рекомендовані обмеження фізичних навантажень згідно ступеня ХСН. Регулярна фізична активність (повільна ходьба, фізичні вправи невеликої інтенсивності)

відповідно до функціональних можливостей пацієнта («комфортний», але регулярний руховий режим).

Не рекомендується переохолодження та робота вночі.

Індивідуальне вирішення питання залишкової працездатності відповідно до стану пацієнта.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із нейроциркуляторною дистонією

Код МКХ 10: С90, F45.3

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – поліетіологічне функціональне неврогенне захворювання серцево-судинної системи, в основі якого лежать порушення нейроендокринної регуляції, основними ознаками якого є нестійкість пульсу, АТ, кардіалгія, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні порушення, порушення судинного тону, низька толерантність до фізичного навантаження і стресових станів при доброякісному перебігу та сприятливому прогнозі життя.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з НЦД підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. Проби з дозованим фізичним навантаженням
7. ЕКГ проби (з гіпервентиляцією, ортостатична, калієва, з блокаторами бета рецепторів)

Додаткові дослідження

1. Добовий моніторинг ЕКГ та АТ
2. ЕхоКГ
3. Рентгенографія ОГК

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

1. β -адреноблокатори. Рекомендуються хворим з симптоадреналовими кризами та тахікардією.
2. Антиаритмічні препарати при симптомних аритміях.
3. Седативні препарати, анксиолітики

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. Лікувальна фізкультура, дозовані фізичні навантаження.
2. Фізіотерапевтичні процедури.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Поліпшення загального стану, зменшення скарг.

Тривалість лікування

Стационарне лікування не потребується. Тривалість амбулаторного спостереження і лікування визначається індивідуально.

Критерії якості лікування

Нормалізація АТ і ЧСС. Підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічним властивостям.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі не потребують диспансерного нагляду.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання. Рекомендується відмова від роботи вночі.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із екстрасистолічною аритмією та парасистолією

Код МКХ 10: I49.1; I49.2; I49.4

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Екстрасистоля – порушення серцевого ритму, що викликане передчасним збудженням міокарда всього серця або його ділянок. За локалізацією розрізняють:

- суправентрикулярні (синусові, передсердні, з АВ сполучення);
- шлуночкові екстрасистоли.

Парасистоля – порушення ритму, зумовлене автономною активністю ектопічного центру, що не залежить від основного серцевого ритму і співіснує з ним. Парацентр – це група уражених автоматичних клітин з різною швидкістю спонтанної діастолічної деполяризації, тобто здатних до автоматизму. За локалізацією парацентру розрізняють парасистоли:

- шлуночкові;
- із АВ сполучення,
- передсердні,
- синусові,
- із додаткових передсердно-шлуночкових шляхів,
- поєднані (із різних камер серця) і дубльовані або множинні (із однієї і тієї ж камери серця).

Діагноз встановлюється на підставі даних ЕКГ або добового моніторингу ЕКГ.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з екстрасистолією та парасистолією підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитися в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. При наявності шлуночкової екстрасистоїї III, IV, V класів за класифікацією Лауна хворі підлягають госпіталізації в кардіологічний стаціонар, при виражених симптомах порушення гемодинаміки – у відділення інтенсивної терапії.

Діагностична програма

Обстеження хворих з екстрасистолічною аритмією та парасистолією повинно включати методи, що забезпечують діагностику порушення серцевого ритму, визначення його клінічного та прогностичного значення, вибір адекватного лікування і оцінку його ефективності.

Обов'язкові дослідження:

1. Збір скарг та анамнезу: при опитуванні хворого з'ясовують таку інформацію:

– суб'єктивні прояви аритмії (серцебиття, перебої в роботі серця, поштовхи або «завмирання» серця, дискомфорт у грудях, відчуття нестачі повітря, задишка, запаморочення, синкопальні стани), давність виникнення порушення ритму;

– наявність факторів, що провокують аритмію (фізичне навантаження, психоемоційний стрес, певний час доби, положення тіла, прийом їжі, алкоголь, паління);

– перенесені в останній час захворювання;

– наявність фонової кардіальної патології;

– попередній прийом антиаритмічних препаратів (які саме, їх разові та добові дози, тривалість прийому, ефективність, побічні впливи).

2. Клінічне обстеження: виявлення аритмії при аускультатії серця або при пальпації пульсу. Наявність або відсутність клінічних ознак органічного ураження серця, вимірювання АТ.

3. Лабораторні методи дослідження: загальні аналізи крові та сечі, визначення електролітного балансу плазми крові, рівня загального холестерину, тригліцеридів.

4. Інструментальні методи дослідження: ЕКГ в 12 відведеннях, ритмографія, добовий моніторинг ЕКГ, проби з фізичним навантаженням (проба Мастера, степ-тест, велоергометрія, тредміл), ЕхоКГ.

Додаткові дослідження:

1. Проведення проб з метою провокування виникнення екстрасистолічної аритмії або уточнення її характеру (ортостатична, фармакологічні проби з атропіном, пропранололом, ізопреналіном, добутаміном).

2. Визначення рівнів гормонів щитовидної залози, адреналіну, ацетилхоліну, моноаміноксидази, холінестерази, показників кислотно-лужного стану.

3. Реєстрація пізніх потенціалів шлуночків.
4. Черезстравохідна електрографія.
5. Ендокардіальне ЕФД.
6. Коронаровентрикулографія.

Лікувальна програма

Лікування екстрасистолії залежить від її клінічного і прогностичного значення. При лікуванні екстрасистолії слід приймати до уваги:

а) наявність або відсутність структурного захворювання серця, ступінь ризику життєво небезпечних шлуночкових аритмій;

б) суб'єктивну переносимість аритмії.

Показаннями для призначення антиаритмічних препаратів (ААП) при екстрасистолічній аритмії є:

1) значне збільшення кількості екстрасистол на фоні прогресуючого перебігу захворювання;

2) часті, політопні, парні, групові та ранні «R на T» ШЕ, які є загрозливими щодо переходу в пароксизмальну шлуночкову тахікардію (ШТ) і фібриляцію шлуночків (ФШ);

3) алоритмія (бі-, три-, квадригемінія), короткі пробіжки передсердної тахікардії, котрі супроводжуються СН;

4) екстрасистолічна аритмія, яка виникає при захворюваннях, які сприяють розвитку аритмогенних ефектів (пролабування мітрального клапана, синдром подовженого інтервалу Q-T тощо);

5) виникнення або збільшення частоти екстрасистол під час приступів стенокардії або ГІМ;

6) ШЕ після припинення приступу ШТ і ФШ;

7) екстрасистоли, які виникають на фоні аномальних шляхів проведення (синдромів Вольфа-Паркінсона-Уайта та Кларка-Леві-Крітеско).

Хворі з «доброякісною» ШЕ спеціальної антиаритмічної терапії не потребують, але необхідне динамічне спостереження, тому що у частини з них поява екстрасистолії може бути дебютом серцевого захворювання. При екстрасистолії в осіб молодого віку без структурного ураження серця ААП звичайно не призначають. При суб'єктивній

непереносимості екстрасистолії показані раціональна психотерапія, седативні засоби, транквілізатори або антидепресанти (ноофен, адаптол, гідазепам, діазепам, рудотель, еглоніл, сонапакс та ін.). Хворі з захворюваннями внутрішніх органів і екстрасистолією потребують адекватного лікування основного захворювання і/або призначення психотропних засобів. Якщо екстрасистолія виникає на фоні вегетативної дисфункції з ознаками симпато-адреналової активації, показане призначення β -адреноблокаторів, а при домінуванні ваго-інсулярних тенденцій – М-холінолітиків (атропін, препарати белладонни, ітроп).

Для лікування клінічно вираженої надшлуночкової екстрасистолії у хворих із структурним ураженням серця без ознак СН препаратами вибору є антагоністи кальцію (верапаміл, дилтіазем), а препаратами резерву – β -адреноблокатори (пропранолол, атенолол, метопролол, бісопролол, бетаксол, тощо). За відсутності ефекту вказаних ААП переходять до призначення препаратів I класу або комбінації ААП з різними механізмами дії. Найбільш апробовані наступні комбінації ААП:

- β -адреноблокатор + ААП IA класу;
- β -адреноблокатор + аміодарон;
- аміодарон + дизопірамід або препарат депо-хінідину;
- аміодарон + пропафенон;
- верапаміл + препарат IA або IB класу;
- пропафенон + β -адреноблокатор.

Принципи лікування парасистолії такі ж, як і екстрасистолії. Однак, частіше спостерігається рефрактерність до медикаментозної терапії. Застосування ААП показане при шлуночкової парасистолічній тахікардії, а також у тих випадках, коли парасистолія супроводжується суб'єктивною симптоматикою. Аміодарон є найбільш ефективним засобом лікування парасистолії.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

Хворі з прогностично несприятливими аритміями, рефрактерними до антиаритмічної терапії, з вираженими порушеннями гемодинаміки, коронарного кровотоку або в поєднанні з па-

роксизмами ШТ і ФШ потребують хірургічного лікування (деструкція ектопічного вогнища, імплантація протитахікардичних пристроїв або використання інших підходів).

При наявності супутніх хвороб (ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії, уражень щитовидної залози, цукрового діабету або інших соматичних захворювань) пацієнти потребують їх адекватного лікування.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Поліпшення клінічного стану, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Критерії якості лікування

- 1) зменшення загальної кількості екстрасистол за добу більше ніж на 75 %;
- 2) зменшення кількості парних і ранніх екстрасистол на 90 % і більше;
- 3) повне усунення епізодів шлуночкової тахікардії;
- 4) при поліморфній шлуночкової екстрасистолії – зменшення кількості морфологічних типів екстрасистол до 1-2.

Тривалість лікування

Тривалість лікування залежить від медичних показань і коливається від трьох тижнів до 2-3 місяців. У випадку досягнення стійкого антиаритмічного ефекту добова доза препарату кожні 6-7 днів зменшується на одну третину до повної відміни протягом 2-3 місяців.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Про парадоксальну аритмогенну дію антиаритмічного препарату свідчать:

- а) збільшення загальної кількості екстрасистол в три-чотири рази;
- б) збільшення кількості парних шлуночкових екстрасистол і епізодів нестійкої шлуночкової тахікардії протягом доби у 10 разів;
- в) поява раніше не документованої стійкої шлуночкової тахікардії;

г) збільшення частоти шлуночкового ритму при ШТ на 10 % від вихідної.

Оцінюючи адекватність лікування антиаритмічним препаратом, крім перерахованих критеріїв, потрібно також враховувати особливості його впливу на синусовий ритм, провідність, частоту виникнення ішемічних епізодів.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі з наявністю екстрасистолічної аритмії III-V класів за класифікацією Лауна повинні знаходитися на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція частіше, ніж 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі. Пацієнтам з наявністю захворювань шлунково-кишкового тракту рекомендується дотримання відповідної дієти та режиму харчування. При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації.

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями хворим, які вживають аміодарон. При наявності екстрасистолії високих градацій за Лауном (III-V класів) хворі підлягають направленню на МСЕК для визначення можливостей щодо професійної діяльності.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із надшлуночковими тахікардіями

Код МКХ 10: I47.1

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Мають пароксизмальний характер, раптовий початок і кінець.

У більшості випадків регулярний ритм з незначними коливаннями частоти.

Частота скорочень серця від 100 до 250 скорочень за хвилину, зазвичай 140-220 скорочень за хвилину.

Частота скорочень шлуночків відповідає частоті скорочень передсердь або менше при наявності АВ-блокади.

Комплекси QRS вузькі, але при аберантному проведенні можуть бути широкими.

Головні механізми тахікардії такі: рі-ентрі (re-entry), ектопічний автоматизм та тригерна активність.

Діагноз встановлюють на підставі ЕКГ під час приступу та достатньо підтверджують за допомогою неінвазивного ЕФД.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з СВТ, що вперше зареєстрована, потребують обстеження в кардіологічному стаціонарі за місцем проживання. Мета обстеження – уточнення виду СВТ, заперечення органічної патології серця, вибір тактики лікування. При необхідності додаткових методів обстежень, проведення хірургічних методів лікування аритмії необхідна госпіталізація у обласний кардіологічний центр. При рідких, безсимптомних (зі стабільною гемодинамікою) нападах хворі потребують відновлення синусового ритму за допомогою таблетованих медикаментозних засобів в амбулаторних умовах. При частих, симптомних нападах відновлення ритму виконують бригади швидкої допомоги, застосовуючи в/в форми медикаментів, та хворі постійно приймають підтримуючу терапію або проводять хірургічне лікування аритмії.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне обстеження (ЗАК, ЗАС, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, загальний холестерин, тригліцериди, ревмопроби, глюкоза крові, гормони щитовидної залози, коагулограма)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Неінвазивне електрофізіологічне дослідження
8. Холтеровське моніторування ЕКГ

Додаткові дослідження

1. ВЕМ
2. Добове моніторування АТ
3. Коронаровентрикулографія
4. Епізодичне моніторування ЕКГ
5. Визначення маркерів запальних процесів міокарду

Лікувальна програма

Перелік та обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

При обстеженні необхідно чітко визначити механізм аритмії. Підібрати ефективне медикаментозне лікування, визначити покази для хірургічного лікування аритмії.

Для невідкладної терапії застосовують:

При тахікардіях за механізмом рі-ентрі – вагусні проби, АТФ, верапаміл, ділтіазем, бета-блокатори, пропафенон;

При тахікардіях за участю додаткових шляхів проведення – пропафенон, флекаїнід*, соталол, аміодарон.

При тахікардіях за механізмом ектопічного вогнища – бета-блокатори, верапаміл, ділтіазем, пропафенон.

Для профілактики нападів використовують: верапаміл (ретардні форми), бета-блокатори, ділтіазем, пропафенон, соталол, аміодарон.

Показами до хірургічного лікування тахікардії є:

1. Частота скорочень шлуночків більше 200/хв. під час тахікардії.
2. Порушення гемодинаміки під час тахікардії.
3. Молодий вік хворого.
4. Вагітність.
5. Наявність у одного хворого додаткового шляху проведення та миготливої аритмії.
6. Неefективність медикаментозної терапії.

Перелік та обсяг медичних послуг додаткового асортименту

У хворих старшого віку з діагнозом ІХС рекомендовано проведення коронарорентрикулографії.

У хворих з рідкими нападами та при неінформативному черезстрахорідному електрофізіологічному дослідженні рекомендовано проведення епізодичного моніторингу ЕКГ.

При наявності артеріальної гіпертензії – добуве моніторування АТ з подальшою корекцією гіпотензивної терапії.

Консультація ендокринолога та контроль рівня гормонів щитовидної залози при вперше виявленій СВТ та при постійній терапії аміодароном, кожні 6 місяців.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Відсутність нападів аритмії, що супроводжуються порушенням гемодинаміки, зменшення кількості та тривалості пароксизмів. Зменшення частоти скорочень шлуночків під час тахікардії.

Тривалість лікування

При нападах показана терапія для відновлення синусового ритму. При нападах, що супроводжуються зниженням гемодинаміки, хворим показано хірургічне лікування аритмії. При неefективному хірургічному лікуванні показаний постійний прийом препаратів. Хворі після хірургічного лікування не потребують антиаритмічної терапії.

Критерії якості лікування

Відсутність або суттєве зменшення кількості та тривалості пароксизмів тахікардії, повна відсутність нападів аритмії, що супроводжуються порушенням гемодинаміки. Зменшення частоти скорочень шлуночків під час тахікардії. Нормальна толерантність до буденних фізичних навантажень.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії і ускладнення препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Після хірургічного лікування не виключені рецидиви аритмії, які потребують повторних втручань та порушення провідності.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі, що приймають медикаментозну терапію, повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Обов'язкове щорічне обстеження та корекція терапії. Після катетерних абляцій хворі повторно обстежуються через 3 місяці.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі при схильності до гіпертензії, при підвищеному рівні холестерина обмежуються продукти з високим вмістом тваринних жирів. При зайвій вазі обмежується калорійна цінність їжі. Обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

При наявності частих пароксизмів та гемодинамічно значимих пароксизмів хворі вимагають направлення на МСЕК для вирішення питання про можливість продовжувати професійну діяльність.

* - за умов реєстрації в Україні.

**Клінічний протокол
надання медичної допомоги хворим з фібриляцією
(тріпотінням) передсердь**

Код МКХ 10: I48.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Фібриляція і тріпотіння передсердь (ФП, ТП) – надшлуночкові аритмії, які характеризуються некоординованою активністю передсердь із порушенням їх механічної функції. Виділяють наступні форми:

1. Пароксизм, що виник вперше.

2. Рецидивуюча:

– пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно протягом 48 годин);

– персистуюча (пароксизм більше 48 годин, для відновлення ритму необхідні втручання).

3. Постійна (синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно).

Діагноз встановлюється на підставі ЕКГ у стані спокою.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ФП підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись у районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. При необхідності відновлення синусового ритму при персистуючій формі аритмії за неефективності амбулаторного лікування рутинними заходами та/або при порушеннях гемодинаміки, або для планової електроімпульсної терапії хворі підлягають госпіталізації в кардіологічний стаціонар, за відповідними показами – у відділення інтенсивної терапії.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження:

1. Збір скарг та анамнезу

2. Клінічний огляд

3. Вимірювання АТ

4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі,

АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, ліпідограма, тригліцериди, глюкоза крові, гормони щитовидної залози і гіпофізу (Т3,Т4 вільний, ТТГ), коагулограма, МНС, АЧТЧ)

5. ЕКГ в 12 відведеннях

6. ЕхоКГ

7. Проба з фізичним навантаженням

8. Добовий моніторинг ЕКГ або реєстрація випадків

Додаткові дослідження:

1. Електрофізіологічне дослідження

2. Черезстравохідна ЕхоКГ

3. Рентгенографія органів грудної клітини

4. Маркери запального процесу в міокарді.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворі повинні отримувати комплексну терапію із застосуванням:

1. Аспірин показаний всім хворим протягом невизначено тривалого часу при відсутності показань до прямих антикоагулянтів.

2. Непрямі антикоагулянти під контролем МНС (ПТІ при неможливості визначення МНС) при наявності:

– Вік ≥ 60 років, при наявності цукрового діабету, ІХС (МНС 2.0-3.0, цільова величина 2,5)

– Вік ≥ 75 років, жіноча стать (МНС 2.0-3.0, цільова величина 2,5)

– ХСН та/чи ФВ ≤ 35 % (МНС 2.0-3.0, цільова величина 2,5)

– Тиреотоксикоз (МНС 2.0-3.0, цільова величина 2,5)

– АГ (МНС 2.0-3.0, цільова величина 2,5)

– Ревматичний мітральний стеноз (МНС 2.5-3.5, цільова величина 3)

– Протезовані клапани серця (МНС 2.5-3.5, цільова величина 3)

– Тромбоемболії в анамнезі (МНС 2.5-3.5, цільова величина 3)

– Тромбоутворення в порожнинах серця за даними трансторакальної ЕхоКГ та ЧСЕхоКГ (МНС 2.5-3.5, цільова величина 3)

Профілактична антикоагулянтна терапія антагоністом вітаміну К (варфарин) показана хворим з персистою формою ФП (тривалістю понад 48 годин), яким запланована медикаментозна або електрична кардіоверсія, протягом трьох тижнів до і чотирьох – після кардіоверсії. При наявності факторів високого ризику тромбоемболічних ускладнень у хворих з постійною формою ФП показана профілактична антикоагулянтна терапія антагоністом вітаміну К. У хворих з підвищеним ризиком кровотечі, але при відсутності протипоказань для проведення антикоагулянтної терапії (з цільовими показниками МНС 2.0-3.0) цільове значенні МНС повинно відповідати інтервалу 1.6- 2.5.

Оцінку МНС необхідно проводити щотижня з початку пероральної антикоагулянтної терапії та щомісяця після досягнення необхідного рівня МНС.

3. Для контролю частоти шлуночкових скорочень при ФП:

- у хворих без ДШП – в/в ВАБ та верапаміл, ділтіазем
- при СН – аміодарон + дигоксин
- у хворих з ДШП – в/в аміодарон

Дигоксин не може бути застосований як єдиний препарат для контролю ЧШС при відновленні синусового ритму.

4. Антиаритмічні препарати показані для відновлення синусового ритму: пропafenон, аміодарон, дофетилід*, флекаїнід*.

5. Антиаритмічні препарати показані для збереження синусового ритму:

- При ідіопатичній ФП (у хворих без структурних захворювань серця) – пропafenон, етацизин, соталол, флекаїнід*, при неефективності цих препаратів – аміодарон, дофетилід*.
- При ФП у хворих з АГ при відсутності гіпертрофії лівого шлуночка – пропafenон, етацизин, соталол, флекаїнід*, при відсутності ефекту – аміодарон, дофетилід*. При наявності значної гіпертрофії лівого шлуночка – аміодарон.
- При ФП на тлі ІХС – соталол, дофетилід*, аміодарон.
- При ХСН – аміодарон, дофетилід*.

6. Препарати, що застосовуються при постійній формі ФП для контролю частоти шлуночкових скорочень:

– дігосин – при наявності серцевої недостатності (в комбінації з β -адреноблокаторами)

– β -адреноблокатори – при ІХС, артеріальній гіпертензії, серцевій недостатності (в комбінації з дігосином)

– недигідропіридинові антагоністи кальцію – при артеріальній гіпертензії, ІХС

– соталол, аміодарон – при неефективності препаратів або при наявності додаткових шляхів проведення.

7. Електрична кардіоверсія.

1) Планова електрична кардіоверсія показана при:

– неефективності медикаментозної терапії,
– непереносимості антиаритмічних засобів або при ризику, пов'язаному з їх призначенням,

– прогресуванні серцевої недостатності, погіршенні кровопостачання серця, мозку, нижніх кінцівок, пов'язане з тахіаритмією.

– наявності даних про те, що лише кардіоверсія була раніше ефективною для відновлення синусового ритму при ФП.

2) Невідкладна електрична кардіоверсія показана:

– при пароксизмі ФП з великою частотою шлуночкових скорочень на тлі гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії,

– при пароксизмі ФП, який супроводжується вираженою гіпотензією, гострою або прогресуючою хронічною серцевою недостатністю,

– тяжкому пароксизмі ФП, який не піддається медикаментозному лікуванню.

8. ЧСЕКС при ТП з метою відновлення синусового ритму (за умови насичення ААП).

9. В амбулаторних умовах введення прокаїнамідю для відновлення синусового ритму протипоказане.

Перелік медичних послуг додаткового асортименту

1. Хворим, які не переносять аспірин, показані тієнопіридинові антитромбоцитарні препарати.

2. Імплантація кардіостимулятора у відповідному режимі при наявності супутніх порушень АВ-провідності та СССВ.

3. Катетерне лікування при:

- неефективності медикаментозної терапії, що проводиться в адекватних дозах
- аритмогеній дії антиаритмічних препаратів
- нападах ФП і ТП з погіршенням гемодинаміки
- поєднанні ФП із синдромом передчасного збудження шлуночків
- ізольованому тріпотінні передсердь

4. Пацієнти потребують адекватного лікування супутніх захворювань, артеріальної гіпертензії, уражень щитовидної залози та цукрового діабету.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Відсутність або суттєве зменшення пароксизмів ФП і ТП (при пароксизмальній та персистуючій формах), відсутність порушень гемодинаміки під час нападу, контроль ЧСС та відсутність прогресування ХСН (при постійній формі ФП).

Тривалість лікування

При нападах ФП частіше ніж 1 раз на 3 місяці хворі потребують постійного щоденного застосування препаратів.

Критерії якості лікування

Відсутність прогресування ХСН. Нормальна толерантність до фізичного навантаження. Відсутність тромбоемболічних ускладнень.

Критеріями контролю частоти шлуночкових скорочень у хворих з постійною формою ФП є:

- середня ЧШС у спокої не перевищує 80-90 ударів на хвилину;
- середня ЧШС під час субмаксимального навантаження не перевищує 120 ударів на хвилину;
- середньодобова ЧШС не повинна перевищувати 80 на хвилину, а також не повинно бути епізодів, коли протягом години середня ЧШС перевищує 100 на хвилину за даними холтеровського моніторингу ЕКГ.

Критерії якості антиаритмічного лікування у хворих з рецидивуючою ФП:

1. Повна ефективність:
 - зникнення симптомних пароксизмів ФП.
2. Часткова ефективність:

112

- значне зменшення пароксизмів ФП зі збільшенням асимптомних інтервалів;
- більш короткі пароксизми ФП;
- менша частота серцевих скорочень під час пароксизму, краща його переносимість.

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Проведення антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих із існуючими ураженнями шлунково-кишкового тракту та інших факторів ризику.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше ніж 1 раз на рік. Обов'язковий регулярний контроль МНС (ПТІ при неможливості визначення МНС).

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Хворі повинні отримувати дієту із обмеженням солі до 6 грам на добу, обмежуватись вживання тваринних жирів та продуктів, які містять холестерин. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями хворим, що вживають аміодарон. При наявності частих пароксизмів та пароксизмів з порушенням гемодинаміки хворі вимагають направлення на МСЕК для визначення можливості продовжувати професійну діяльність.

На підставі наказу МОЗ України № 206 від 30.10.1992 року санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі з пароксизмальною або персистуючою формами ФП та ТП після відновлення синусового ритму та підбору адекватної протирецидивної терапії, з нападами порушень ритму не частіше 2 разів на місяць.

**- за умов реєстрації в Україні.*

113

Клінічний протокол
Надання медичної допомоги хворим із шлуночковими порушеннями ритму

Код МКХ 10: I49.3; I47.0; I47.2

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Передчасне шлуночкове скорочення або шлуночкова екстрасистола – це комплекс, який виникає у ектопічному шлуночковому вогнищі і є передчасним по відношенню до основного ритму.

Кількість, морфологія і градація шлуночкових екстрасистол (ШЕ) [B.Lowm, 1971]	I – поодинокі ШЕ (<30 на годину) II – часті мономорфні ШЕ (≥30 на годину) III – поліморфні ШЕ IVa – парні ШЕ IVb – пробіжки ШТ V – ранні («R на-T») ШЕ
Тривалість пароксизму шлуночкової тахікардії (ШТ)	«Пробіжка» ШТ – 3-5 послідовних шлуночкових комплексів Нестійка ШТ – <6 скорочень тривалістю до 29 секунд Стойка ШТ – тривалість ≥30 секунд, частота серцевих скорочень понад 120 на хвилину
Характер змін ЕКГ під час пароксизму ШТ	Мономорфна ШТ Поліморфна ШТ: а) з нормальним інтервалом QT; б) залежна від брадикардії з подовженим інтервалом QT; в) адренергічно залежна з подовженим інтервалом QT Пірует-тахікардія Двонаправлена ШТ

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі зі шлуночковими порушеннями ритму підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. За необхідності – планова госпіталізація в кардіологічний стаціонар при наявності в анамнезі нападів шлуночкової тахікардії, суб'єктивній непереносимості аритмії, неефективності медикаментозного лікування на амбулаторному етапі, а також в

хірургічний стаціонар для проведення хірургічного лікування. Термінова госпіталізація при виникненні нападу потенційно загрозливих аритмій, при порушеннях гемодинаміки під час аритмії (втрата свідомості, серцева астма, зниження артеріального тиску).

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Збір скарг та анамнезу
2. Клінічний огляд
3. Вимірювання АТ
4. Лабораторне дослідження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, визначення електролітного балансу в плазмі крові, глюкоза, холестерин, триглицеріди).
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ

7. Добовий моніторинг ЕКГ

Додаткові дослідження

1. Гормони щитовидної залози
2. Імунограма, маркери запального процесу
3. Коронаровентрикулографія
4. Інвазивне електрофізіологічне дослідження
5. Проба з фізичним навантаженням
6. Барорефлекторна чутливість
7. Радіоізотопна вентрикулографія
8. Сигнал-усереднена ЕКГ високого посилення

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

При шлуночкових аритміях використовують такі методи лікування, як терапія антиаритмічними препаратами (наприклад, бета-блокатори, аміодарон, соталол), використання медичних пристроїв (наприклад, ІКД), абляції, оперативне втручання та проведення реваскуляризації в залежності від виду патологічного стану.

1. При «доброякісній» аритмії (поодинокі рідкі монофокусні ШЕ) у хворих з серцево-судинною патологією без порушення

гемодинаміки призначення ААП не показано, але при поганій переносимості ШЕ можливе застосування β -адреноблокаторів;

2. Хворим з кардіальною патологією та ШЕ високих градацій (алоритмія, поліморфні та політопні екстрасистоли, короткі епізоди ШТ) показаний підбір антиаритмічної терапії (з урахуванням негативного інотропного ефекту ААП та можливої проаритмогенної дії);

– бета-адреноблокатори (пропранолол, атенолол, метопролол та інші) є препаратами вибору при ІХС, артеріальній гіпертензії, синусовій тахікардії;

– ААП I класу (пропафенон, етацизін, дізопірамід) показані при неефективності β -блокаторів;

– аміодарон призначається при резистентності до інших ААП або як препарат вибору при життєво загрозливих аритміях;

– у хворих з ознаками СН разом із застосуванням інгібіторів АПФ, діуретиків, периферійних вазодилаторів для лікування ШЕ необхідно використовувати аміодарон.

3. Хворі з прогностичними несприятливими аритміями, рефрактерними до антиаритмічної терапії, з порушеннями гемодинаміки, коронарного кровотоку або в поєднанні з пароксизмами ШТ та ФШ потребують хірургічного лікування (стенування, аорто-коронарне шунтування, деструкція ектопічного вогнища, імплантація антитахікардитичних пристроїв-водіїв ритму, кардіовертерів-дефібриляторів, та ін.).

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Критерії оцінки ефекту антиаритмічної терапії за допомогою холтеровського моніторування:

- Зменшення на 75 % загальної кількості ШЕ;
- Зниження на 90 % парних ШЕ;
- Повне зникнення пробіжок ШТ.

Тривалість лікування

Хворі потребують постійного щоденного застосування препаратів при ШЕ високих градацій.

При «доброякісній» ШЕ можлива відміна β -АБ за наявності стійкого ефекту протягом 3 місяців.

Критерії якості лікування

Суб'єктивне покращання стану, зменшення або відсутність перебоїв в роботі серця .

Позитивна динаміка за даними холтеровського моніторування.

Підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей (погіршення гемодинаміки, провідності, частоти ритму), а також при взаємодії з деякими препаратами (наприклад, з антибіотиками)

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше, ніж 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Обмежити вживання кави та міцного чаю, відмовитись від спиртних напоїв та тютюнопаління.

З обережністю приймати ліки, стимулюючі симпатичну нервову систему (кофеїн, еуфілін, теофедрин, аерозолі β -адреностимуляторів) та сечогінні препарати.

Підтримка нормальної концентрації іонів калію в плазмі крові.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Впорядкувати режим праці та відпочинку.

Уникати неблагоприємних психоемоційних впливів.

Санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі з I-II кл. ШЕ згідно класифікації за Лауном на тлі антиаритмічної терапії для контролю та нагляду за ефективністю антиаритмічних препаратів.

Клінічний протокол

Надання медичної допомоги хворим із хронічною серцевою недостатністю

Коди за МКХ-10: I50, I50.0, I50.9

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – це патологічний стан, при якому серце не забезпечує органи і тканини необхідною кількістю крові у відповідності до метаболічних потреб тканин. На основі рекомендацій Українського наукового товариства кардіологів (2006 р.) виділяють:

1. Клінічні стадії: I, IIA, IIB, III ст, які відповідають стадіям ХНК за класифікацією М. Д. Стражеска і В. Х. Василенка

2. Варіанти СН:

- із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) – ФВ ЛШ $\leq 45\%$
 - із збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ ЛШ $> 45\%$)
3. Функціональні класи (ФК) за NYHA: I, II, III, IV

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з ХСН підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитись в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень за допомогою міських кардіологічних диспансерів та діагностичних центрів. При прогресуванні ХСН показано лікування в кардіологічних стаціонарах за місцем проживання.

Діагностична програма

Обов'язкові дослідження

1. Загальноклінічне дослідження
2. Загальний аналіз крові
3. Загальний аналіз сечі
4. ЕКГ у 12 відведеннях
5. ЕхоКГ
6. Рентгенографія органів грудної порожнини
7. Біохімічний аналіз крові, а саме електроліти (K^+ , Na^{++}) плазми, креатинін плазми, печінкові ферменти та білірубін, глюкоза.

Додаткові дослідження

1. Допплер-ЕхоКГ з орієнтовною оцінкою систолічного тиску в легеневій артерії та показників діастолічної функції лівого шлуночка
2. Сечова кислота
3. Загальний білок крові
4. Тромбіновий час або повна коагулограма
5. Холтеровське моніторування ЕКГ
6. Гормони щитовидної залози
7. Передсердний натрійуретичний пептид у сироватці крові.
8. Радіонуклідна вентрикулографія
9. Коронаровентрикулографія
10. Ендоміокардіальна біопсія.

Лікувальна програма

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворі повинні отримувати комплексну фармакотерапію із застосуванням:

1. Інгібіторів АПФ, які показані всім хворим за відсутності протипоказань або непереносимості протягом невизначено тривалого часу.
2. β -адреноблокаторів протягом невизначено тривалого часу (у поєднанні з інгібіторами АПФ). У хворих з СН і систолічною дисфункцією ЛШ із препаратів цієї групи слід використовувати тільки бісопролол, карведілол, метопролол CRXL та небіволол.
3. Салуретиків, (головним чином петлевих) які доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини або для профілактики останньої у хворих із схильністю до такої.
4. Серцевих глікозидів, головним чином дігосину. Основним показом до призначення дігосину хворим з ХСН (як правило, у поєднанні з β -адреноблокаторами) є тахісистолічний варіант фібриляції передсердь.
5. Антагоністів рецепторів ангіотензину II, які показані при непереносимості інгібіторів АПФ.
6. Антагоністів альдостерону. Використовують спіронолактон тимчасово, як калійзберігаючий та діуретичний засіб, а також тривало у пацієнтів III-IV ФК за NYHA з систолічною дисфункцією ЛШ,

з метою поліпшення прогнозу виживання (в даному разі у дозі 25 мг на добу).

7. Внутрішньовенних симпатоміметичних засобів – допаміну або добутаміну. Використовуються при декомпенсації СН та недостатньому ефекті від лікування тільки в умовах стаціонару, бажано із застосуванням спеціальних дозаторів.

8. Нітратів, внутрішньовенно або у вигляді сублінгвального прийому похідних нітроглицерину або ізосорбїду динітрату – при наявності ознак лівошлуночкової недостатності – з відміною після стабілізації гемодинаміки. Тривале застосування доцільне лише у хворих із супутньою стенокардією.

9. Антикоагулянти показані пацієнтам з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, мобільним тромбозом у порожнині ЛШ, а також з мітральним стенозом та протезованими клапанами серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС). При неможливості визначення МНС – визначення протромбінового індексу.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

1. При пароксизмальній фібриляції передсердь або симптомних життєвонебезпечних шлуночкових аритміях з профілактичною метою показаний аміодарон.

2. При артеріальній гіпертензії – її медикаментозна корекція.

3. Хірургічна ревазуляризація міокарда у хворих з ІХС як причиною ХСН, при умовах можливості її виконання, з урахуванням даних КВГ.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

Відсутність прогресування СН, збільшення тривалості життя.

Тривалість лікування

Хворі потребують щоденного застосування препаратів впродовж усього життя. Терміни стаціонарного лікування визначаються ступенем СН та ефектом від препаратів.

Критерії якості лікування

1. Усунення або зменшення вираженості суб'єктивних симптомів ХСН – задишки, серцебиття, підвищеної втомлюваності

2. Підвищення фракції викиду ЛШ (у хворих з його систолічною дисфункцією)

120

3. Усунення клінічних ознак затримки рідини в організмі

4. Поліпшення якості життя

5. Збільшення терміну між госпіталізаціями

Можливі побічні дії і ускладнення

Можливі побічні дії препаратів згідно з їх фармакологічним властивостями. Найбільш характерними ускладненнями ХСН є: мозкова та легенево-судинна тромбоемболія, раптова серцева смерть.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Хворі з клінічно вираженою ХСН ІІА-ІІІ стадій підлягають диспансерному огляду не менш, ніж 1 раз на 2 місяці, або частіше, якщо така необхідність визначається клінічною ситуацією.

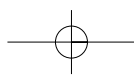
Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Обмеження добового споживання хлориду натрію: менше 3 г на добу при доклінічній та помірній ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання), менше 1,5 г на добу – при значній ХСН (ІІІ-ІVФК). При супутньому ожирінні обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, уникання вживання алкоголю.

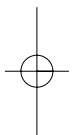
Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Рекомендовано обмеження фізичних навантажень згідно ступеню ХСН. Регулярна фізична активність (повільна ходьба, фізичні вправи невеликої інтенсивності) відповідно до функціональних можливостей пацієнта («комфортний», але регулярний руховий режим).

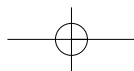
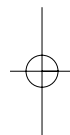


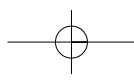
Для нотаток:

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.



A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

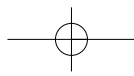




A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



Верстка, дизайн: Швецова Л. М.
Редактор, коректор: Купко Н. В.

Видавництво ПП ВМБ

Свідоцтво про держреєстрацію Держкомтелерадіо України № ДК 2560
від 18.07.2006. Адреса: 02660, м. Київ, вул М. Раскової, 11, п/с 22.
Підписано до друку 18.06.2007. Формат 60x84/32. Друк офсетний. Папір
офсетний. Обліково-видавн. арк. 4,82. Умовн. друк. арк. 3,72. Тираж
3000. Замовлення № 7-070.
Віддруковано ТОВ «Бізнес Поліграф», 04080, м. Київ, вул. Вікентія
Хвойки, 15/15.