

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КЛИНИЧЕСКАЯ  
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:  
МЕТОДИЧЕСКИЕ  
РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ОФОРМЛЕНИЮ**

Учебное пособие

*Под редакцией О. В. Фатенкова*

Самара  
«Издательство АСГАРД»  
2016

УДК 614.253.8(075.5)  
ББК 51.1(2)  
К49

Утверждено и рекомендовано к печати на заседании  
ЦКМС ФГБОУ ВО «Самарский государственный  
медицинский университет» Минздрава России  
(Протокол № 2 от 15.11.2016 г.)

*Рецензенты:*

**Шутов А. М.** – заведующий кафедрой терапии и профессиональных болезней Медицинского факультета им. Т. З. Биктимирова Института медицины, экологии и физической культуры ФБГОУ ВО «Ульяновский государственный университет», доктор медицинских наук, профессор;

**Либис Р. А.** – заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор.

*Редактор* – заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент **О. В. Фатенков.**

**Клиническая история болезни: методические рекомендации по оформлению :**  
К49 учебное пособие / О. В. Фатенков, В. В. Симерзин, Т. А. Ларина, М. А. Галкина, Н. Б. Горькова, Г. Н. Светлова, Г. Н. Кирпичева, И. Н. Юрченко, О. А. Рубаненко / под ред. О. В. Фатенкова. Самара : ООО «Издательство АСГАРД», 2016. 288 с.

ISBN 978-5-9905790-0-2

Важнейшим медицинским документом, с которым повседневно имеет дело лечащий врач, является история болезни. Последняя имеет не только сугубо медицинское, но также научное и юридическое значение. Качество истории болезни в известной мере отражает степень медицинской подготовки врача и студента. В процессе ее написания развивается и тренируется клиническое мышление. Одним из наиболее сложных разделов истории болезни является оформление диагноза в соответствии с требованиями современных классификаций и его обоснование на основе логических умозаключений. При этом используется дифференциальный диагноз по ведущему синдрому со сходными патологическими состояниями.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» в рамках изучения дисциплины «Факультетская терапия».

УДК 614.253.8(075.5)  
ББК 51.1(2)

ISBN 978-5-9905790-0-2

© Коллектив авторов, 2016

**АВТОРЫ-СОСТАВИТЕЛИ:**

**Фатенков О. В.** – заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент;

**Симерзин В. В.** – профессор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук;

**Ларина Т. А.** – доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук;

**Галкина М. А.** – заведующая учебной частью кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России;

**Горькова Н. Б.** – доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук;

**Светлова Г. Н.** – заместитель главного врача по медицинской части Клиник СамГМУ, доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук;

**Кирпичева Г. Н.** – доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук;

**Юрченко И. Н.** – доцент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук;

**Рубаненко О. А.** – ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук.

*Нашим учителям – представителям  
Самарской школы терапевтов  
посвящается*

## ВВЕДЕНИЕ

Как показал многолетний опыт преподавания курса внутренних болезней, студенты при написании истории болезни часто допускают ошибки и испытывают определенные трудности в ее оформлении, что и дало авторам повод к изданию настоящего пособия. Показана схема (структура) клинической истории болезни. Подробно рассказывается об этапности проведения дифференциально-диагностического поиска методом идентификации и методом исключения с указанием перечня основных синдромов. Кроме того, в настоящих рекомендациях представлена классификация по основным нозологическим единицам, что позволит сформулировать диагноз в соответствии с современными требованиями. Продемонстрированы нормы лабораторных показателей и некоторых инструментальных исследований.

## ОФОРМЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Данный раздел представляет собой схему (структуру) написания клинической истории болезни. Вначале студент оформляет титульный лист. Далее, согласно результатам расспроса пациента, студент демонстрирует общие сведения о больном, подробно описывает жалобы на момент поступления, жалобы на момент курации, историю настоящего заболевания, эпидемиологический анамнез, перенесенные ранее заболевания, травматические повреждения, ранения, контузии, операции, аллергологический анамнез, болезни ближайших родственников, историю жизни. Следующим этапом необходимо расписать данные физикального обследования больного, которое включает наружное исследование, нервную систему, органы дыхания, органы кровообращения, пищеварения, гепатолиенальную систему, органы мочевого выделения, эндокринную систему.

Проводится I этап дифференциально-диагностического поиска методом идентификации и методом исключения (учитывая исключительно данные жалоб, анамнеза заболевания, физикальных методов обследования), что приводит к формулированию предварительного диагноза. Составляется план обследования, план лечения (режим, номер стола, рецептурный лист). Представляются результаты дополнительных методов обследования (лабораторных, инструментальных).

Далее следует II этап дифференциально-диагностического поиска методом идентификации и методом исключения (только с учетом параклинических результатов), что сопровождается формулированием клинического диагноза с последующим его обоснованием. Описываются 3 дневника каждодневного

наблюдения пациента. Представляется выписной (этапный) эпикриз с уточнением прогноза для жизни, прогноза для трудоспособности. В конце истории болезни указывается список литературы (5 источников).

### Образец оформления титульного листа при написании истории болезни

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра факультетской терапии

Заведующий кафедрой, д-р мед. наук,  
доцент О. В. Фатенков  
Преподаватель, д-р мед. наук (канд. мед. наук),  
профессор (доцент, ассистент) ФИО

### История болезни пациента (ФИО, возраст)

Диагноз:  
Основное заболевание:  
Осложнение:  
Сопутствующий:

Куратор: студент лечебного факультета 4 курса,  
группы (ФИО студента)

Самара 201\_ г.

## I. ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО

### Общие сведения<sup>1</sup>

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст (день, месяц, год рождения).
3. Пол.
4. Название предприятия или учреждения, где работает больной.
5. Занимаемая должность (для инвалидов труда и пенсионеров указывается профессия в прошлом).
6. Место постоянного жительства, телефон (для контакта с ближайшими родственниками).
7. Дата поступления в стационар.
8. Предварительный диагноз.
9. Дата выписки из клиники.

В предварительном диагнозе и в клиническом выделяются: основное заболевание и его осложнения, сопутствующие и их осложнения. Формулировка диагнозов дается по общепринятым классификациям. Эти графы заполняются в день формулировки диагнозов по тексту истории болезни. Ставятся дата и подпись.

### Парадигма структуры формулировки клинического диагноза в терапевтической практике при коморбидности

Практикующего врача-клинициста больше интересуют структура коморбидности и особенности формулировки предварительного и клинического диагноза. Существует ряд непреложных правил идентификации и формулировки клинического диагноза коморбидному больному. Прежде всего в структуре диагноза следует выделить **основные и фоновые заболевания, их осложнения и сопутствующие заболевания.**

<sup>1</sup> Клинический диагноз в данном разделе не указывается, а выносится на лицевую сторону истории болезни.

**Основное заболевание** — это та нозологическая форма заболевания, которая сама по себе или вследствие ее осложнений вызывает наибольшую угрозу для жизни пациента, а в последующем и трудоспособности, и в данное время вызывает первоочередную и безотлагательную необходимость лечения. Основным является заболевание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью или госпитализации или ставшее причиной смерти больного. Если у больного имеет место несколько основных конкурирующих заболеваний, угрожающих жизни пациента, которые вследствие модификации их доминирующей симптоматики могут меняться местами, то правомочно такое понятие, как комбинированные основные заболевания (конкурирующие или сочетанные).

**Конкурирующие заболевания** — это одновременно имеющиеся у больного нозологические формы, взаимонезависимые по этиологии и патогенезу, но в равной мере **отвечающие критериям основного заболевания** (например, трансмуральный инфаркт миокарда и массивная тромбоэмболия легочных артерий, обусловленная флеботромбозом нижних конечностей). В практике патологоанатома конкурирующими называются два или более заболеваний, обнаруженных у одного больного, каждое из которых само по себе или через свои осложнения могло быть причиной смерти.

**Сочетанные заболевания** — болезни с разными этиологией и патогенезом, каждая из которых в отдельности не является причиной смерти, но, совпадая по времени развития и взаимно отягощая друг друга, они приводят к смерти больного (например, остеопоретический перелом хирургической шейки бедра и гипостатическая пневмония).

**Фоновое заболевание** — способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность, способствует развитию осложнений. Данное заболевание, так же как и основное, требует безотлагательного лечения (например, сахарный диабет 2-го типа).

**Осложнения** — патогенетически связанные с основным заболеванием синдромы и нозологии, способствующие неблагоприятному исходу болезни, вызывая резкое ухудшение в состоянии больного (относятся к осложненной коморбидности). В ряде случаев осложнения основного заболевания, связанные с ним общностью этиологических и патогенетических факторов, обозначают как сопряженные болезни. В этом случае их необходимо относить к причинной коморбидности. Осложнения перечисляются в порядке убывания прогностической или инвалидизирующей значимости.

**Сопутствующие заболевания** — нозологические единицы, не связанные этиологически и патогенетически с основным заболеванием (перечисляются в порядке значимости).

#### **Жалобы, предъявляемые больным (на день поступления в стационар)**

Следует помнить, что именно при сборе анамнеза наиболее ярко проявляются креативные способности, знания, умения и навыки студента. Необходимо выслушать все жалобы больного.

В истории болезни вначале подробно описываются жалобы **основного заболевания**, которое заставило пациента обратиться за медицинской помощью и явилось основанием для его госпитализации в терапевтический стационар. При этом на первое место ставится главная, ключевая жалоба, которая является характерной для данного заболевания и отражает его суть. Кроме подробного описания всех жалоб со стороны основного заболевания затем последовательно перечисляются все другие (второстепенные) жалобы со стороны сопутствующих заболеваний.

Чтобы в целом иметь представление о состоянии здоровья пациента и не пропустить каких-либо симптомов его заболеваний, хорошим подспорьем может послужить рекомендуемый ниже вспомогательный опросник по органам и системам. При этом следует уточнить, нет ли жалоб общего характера

(повышение температуры, немотивированная слабость, потливость и др.).

**При расспросе больного рекомендуется выяснить следующие жалобы:**

а) **со стороны нервно-психической сферы:** настроение, работоспособность, особенности поведения, наличие повышенной раздражительности, головной боли (характер, локализация, периодичность, сопутствующие симптомы), головокружения (характер, условия появления, сопутствующие явления), сон (глубина, продолжительность, характер сновидений, бессонница), память на прошлые и настоящие события, внимание, изменение зрения, парестезии, нарушения чувствительности, слуховые и зрительные галлюцинации, приступы потери сознания (обстоятельства возникновения, продолжительность, чем сопровождаются) и т. д.;

б) **со стороны органов дыхания:** наличие кашля сухого или с мокротой (отделяется легко или с трудом, характер, количество, цвет, запах, постоянный или приступообразный, время появления, зависимость от каких-либо факторов и др.); кровохарканье: частота, количество крови (прожилки или чистая кровь); цвет крови (алая, темная); одышки: экспираторная, инспираторная или смешанная (зависимость от физической нагрузки, эмоций и др.); приступы удушья с затруднением вдоха или выдоха, сопровождающиеся кашлем, ощущением «свиста» в груди (продолжительность, частота, время и обстоятельства появления, эффект от медикаментозной терапии и др.); боли в грудной клетке (локализация, характер, иррадиация, обстоятельства возникновения, продолжительность, связь с кашлем, актом дыхания, движением грудной клетки и др.); лихорадка: повышение температуры тела и пределы ее, характер ее, длительность лихорадочного периода, ознобы, их частота, поты: их интенсивность, время появления (в том числе ночные);

в) **со стороны сердечно-сосудистой системы:** боли в области сердца (постоянные или приступообразные, локали-

зация (загрудинные, в области сердца), характер (ноющие, колющие, сжимающие, тупые, чувство жжения, сдавления, тяжести), интенсивность, продолжительность, иррадиация, частота возникновения, связь с провоцирующими факторами (при физическом напряжении, волнении, во время сна или же беспричинные, связаны с дыханием или нет), сопутствующие симптомы, поведение больного во время приступов болей; чем устраняются боли, какие лекарства эффективны; через сколько минут после приема сублингвального нитроглицерина проходит боль; наличие одышки (постоянного или периодического характера, влияние физической нагрузки, волнения, приема пищи, ходьбы (по ровной дороге, подъеме на один, два и т. д. этажа), в зависимости от положения в постели и др.), приступов удушья с затруднением вдоха, клочущим дыханием (время и обстоятельства появления, продолжительность, частота, сколько подушек подкладывает во время сна под голову и др.), сердцебиения (постоянное или приступообразное, продолжительность, возможные причины, эффект от медикаментозных препаратов и др.), ощущения «перебоев» в работе сердца; кашель сухой или с мокротой (характер, время появления в течение суток), кровохарканье (количество, частота), отеки постоянного или преходящего характера (локализация, время появления, эффективность терапии), чувство тяжести или тупая боль в области правого подреберья, сухость во рту, жажда (сколько выпивает жидкости в сутки), увеличение размеров живота, снижение суточного диуреза, бывают ли отеки на ногах или других местах, время их появления; ощущение пульсации (в каких частях тела); явления спазма сосудов: перемежающаяся хромота, ощущение «мертвого» пальца и т. д.;

г) **со стороны органов пищеварения:** состояние аппетита (понижение, повышение, извращения аппетита, отвращение к пище), вкуса во рту (кислый, горький, металлический, сухость во рту и др.), наличие жажды (количество выпиваемой жидкости), измененного вкуса, изжоги (время появления в течение су-

ток, связь с приемом и характером пищи, чем облегчается), отрыжки воздухом, пищей (кислая, тухлая, горькая), срыгивания пищи, слюнотечения (время появления), тошноты (постоянная или периодическая, зависимость от приема пищи и др.), рвоты (характер массы, частота и время возникновения в течение суток: натощак, после приема пищи (сейчас же или через определенный промежуток времени), связь с приемом пищи, болевым приступом и др.), характер рвотных масс (съеденной накануне пищей, желчью, цвета кофейной гущи, с примесью свежей крови и т. д.); запах (неприятный, гнилостный, кислый), боли по ходу пищевода во время акта глотания или вне его, затруднения прохождения пищи по пищеводу (жидкой, твердой), боли в животе постоянного или приступообразного характера (локализация, характер — острая, ноющая, в виде приступов или постепенно нарастающая; интенсивность, продолжительность, иррадиация, наличие сезонности, связь с приемом и характером пищи (до еды, после еды, через сколько времени после еды, голодные боли, ночные боли), физической и эмоциональной нагрузкой, актом дефекации, уменьшение после рвоты, приема пищи, щелочей, лекарств, применения тепла и др.), не появляется ли после приступа желтуха; чувство распирающих и тяжести в подложечной области, вздутие живота (метеоризм), урчание в животе, отхождение газов; нарушение стула: регулярный, нерегулярный, самостоятельный или после каких-либо мероприятий (клизмы, слабительные); при жидком — характер, частота, наличие кусочков непереваренной пищи, крови, гноя, слизи и др., бывают ли ложные и болезненные позывы (тенезмы); при задержке стула — в течение какого времени, применяются ли слабительные средства и др.; жжение, зуд, боли в области заднего прохода; кровотечение из заднего прохода; выхождение геморроидальных узлов; выпадение прямой кишки;

д) **со стороны гепатобилиарной системы:** наличие желтушного окрашивания кожи и видимых слизистых оболочек, кожного зуда, боли в подреберьях, изменения цвета мочи и кала,

кровотечения (желудочно-кишечное, из носа и др.), увеличения размеров живота, снижения массы тела, лихорадки;

е) **со стороны органов мочевого выделения:** наличие боли в поясничной и надлобковой областях: односторонняя или двусторонняя, по ходу мочеточника, над лобком: характер, длительность, интенсивность, иррадиация, постоянная или приступообразная, поведение больного при боли, возможные причинные факторы, связь с мочеиспусканием, чем купируется; наличие непроизвольного или затрудненного мочеиспускания, частота (частые позывы) и характер мочеиспускания (болезненность), количество (днем, ночью, за сутки) и цвет мочи (мясных помоев, мутная, бесцветная, наличие крови во время мочеиспускания и др.), наличие отеков постоянных или преходящих (локализация, последовательность распространения, эффект от лечения), уменьшение их после рвоты, приема пищи, щелочей, лекарств, применения тепла и др.);

ж) **со стороны органов движения:** наличие боли в суставах и мышцах, их припухлость, объем активных и пассивных движений, летучесть, связь с переменной погодой, боли и затруднения при движениях в позвоночнике; наличие повышения температуры тела, характер лихорадки, потливости, озноба;

з) **со стороны эндокринной системы:** наличие сухости во рту, жажды (количество выпиваемой жидкости за сутки), зуда кожи, влагилица, повышенного аппетита, снижения или повышения массы тела, раздражительности, плаксивости, сердцебиения, потливости, дрожания пальцев рук, пастозности лица, конечностей, замедления речи, движений, сонливости.

### История настоящего заболевания

В хронологическом порядке излагается динамика развития болезни. С какого времени пациент считает себя больным (указать возраст)? Необходимо выяснить начало заболевания (острое или постепенное), первоначальные симптомы. Когда, где и при каких обстоятельствах заболел? Назвать возможные

причинные факторы, предшествующие болезни (переохлаждение, инфекции, психические и физические перегрузки, нарушения диеты и др.), первое обращение к врачу.

Подробно описать его начальные симптомы, появление новых симптомов и дальнейшее их развитие, результаты проведения лабораторных и инструментальных исследований. Какие диагнозы устанавливались раньше (со слов больного или на основании медицинских документов)? Описать проводимое лечение, его эффективность. Изложить в хронологическом порядке последующие обострения заболевания, появление других симптомов болезни, динамику развития процесса до момента поступления в стационар. Выяснить, не выявлены ли во время предыдущих обследований сопутствующие заболевания, частоту их обострений. Указать время утраты трудоспособности. При инвалидности указать срок очередного переосвидетельствования.

При оформлении учебной истории болезни в данном разделе необходимо не ограничиваться моментом госпитализации пациента, а проанализировать анамнестические данные по динамике патологического процесса с момента поступления в стационар до начала курации (в стационарной клинической истории болезни лечебного учреждения эти данные описываются в «дневниках»).

#### **Эпидемиологический анамнез (при подозрении на инфекционное заболевание)**

1. Контакт с инфекционными и лихорадящими больными, с больными животными (на работе, в семье, в школе и т. д.) в течение месяца до начала болезни. В чем выражался контакт?

2. Наличие в жилище паразитов и грызунов. Возможность инфицирования продуктами, выделениями грызунов. Не подвергался ли укусам насекомых (вшей, клещей, комаров и др.)?

3. Условия быта (общая площадь жилища, количество проживающих на ней, санитарно-гигиеническое состояние), пита-

ния, водопользования (водопровод, колонка, колодец, открытые водоемы; пользование водой на производстве: закрытый бачок, ведра, общая кружка; возможность употребления воды из технического водопровода), соблюдение правил личной гигиены. Где питается больной: дома, в столовой, в буфетах?

4. Для больных с синдромом гастроэнтерита указать по часам, что ел больной за сутки до заболевания. Кто готовит пищу? Хранение продуктов, наличие холодильника.

5. При наличии признаков острого гепатита: переливание крови, кровезаменителей, оперативные вмешательства, лечение у стоматолога, осмотры гинеколога, маникюр – в последние шесть месяцев (где? когда?). При подозрении на природно-очаговую инфекцию: работа в лесистой или степной местности, выезд за город с целью отдыха, охоты, рыбалки. Не подвергался ли укусам насекомых – комаров, вшей, клещей, москитов?

6. Каким профилактическим прививкам подвергался, когда и их кратность?

7. Эпидемиологический анализ – заключение об источнике инфекции и путях передачи.

#### **Перенесенные ранее заболевания, травматические повреждения, ранения, контузии, операции**

Излагаются в хронологическом порядке (с детства до поступления в стационар) с указанием возраста больного и года перенесения каждого заболевания. Отдельно выясняются перенесенные ВИЧ, венерические заболевания, болезнь Боткина и туберкулез, не было ли ранее заболевания, похожего на настоящее, и когда.

#### **Аллергологический анамнез**

Наличие аллергического заболевания у больного и его родственников в прошлом и в настоящее время (у отца, матери, братьев, сестер), сезонность заболевания (лето, осень, зима, весна), влияние погоды и физических факторов (охлаждение, перегревание и т. д.), связь с простудными заболеваниями (ангинами, бронхитами, синуситами и др.).

Непереносимость пищевых продуктов, парфюмерно-косметических средств, предметов бытовой химии, лекарственных препаратов, вакцин, сывороток (указать название, характер реакции), где и когда чаще всего возникают приступы болезни или ухудшение состояния (дома, на работе, в поле, днем, ночью и т. д.).

Реакция на переливание крови, введение сыворотки, вакцин, контрастных веществ (в чем выражалась).

#### **Болезни ближайших родственников (родители, братья, сестры, бабушки, дедушки)**

Состояние здоровья, продолжительность жизни, причины смерти. Наследственные заболевания, алкоголизм, эндокринные и психические болезни, злокачественные новообразования, нарушения обмена веществ и др.

#### **История жизни**

Краткие биографические сведения. Год и место рождения, каким по счету родился. Материально-бытовые условия в детстве. Годы учебы, образование, специальность. Совмещалась ли учеба с работой.

Трудовой анамнез. Характер и условия работы (в помещении, на открытом воздухе, ночные смены, профессиональные вредности: шум, пыль, вибрация, контакт с токсическими веществами и т. д.). Последующие изменения работы. Наличие командировок. Использование выходных дней и отпусков.

Бытовой анамнез. Общий бюджет. Жилищно-бытовые условия: общая жилплощадь, количество проживающих и др. Характер питания (регулярность, частота приема пищи, пристрастия, переизбыток и др.).

С какого возраста женат или замужем? У женщин начало и окончание менструации, ее характер, климактерический период. Как протекала беременность, количество родов, аборт, выкидышей?

Был ли на военной службе (продолжительность, в каких войсках)? Если не служил в армии, то указать причину этого. Занятия спортом.

Имеет ли инвалидность (группа, причина утраты трудоспособности)?

Вредные привычки. Курение (количество сигарет в сутки). Употребление спиртных напитков (количество, частота), наркотиков (название, способ применения). С какого возраста подвергался интоксикации, проводилось ли лечение?

## **II. ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

### **Наружное исследование**

Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое), положение (активное, пассивное, вынужденное). Сознание ясное, спутанное; бессознательное состояние (сопор, ступор, кома). Выражение лица: возбужденное, безразличное, маскообразное, лихорадочное, страдальческое.

Телосложение больного: правильное или неправильное, крепкое, среднее или слабое. Температура тела. Масса тела (в килограммах) и рост (в сантиметрах). Рассчитывается индекс массы тела с помощью формулы или с использованием предлагаемых номограмм.

Состояние кожных покровов: цвет: нормальный, красный, бледный, желтушный, цианотичный, землистый, багровый, темно-коричневый, бронзовый (с указанием места окраски); степень влажности – нормальная, повышенная, пониженная, сухость; наличие сыпи (эритема, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозии, трещины, язвы); распределение сыпи по поверхности тела с обязательным указанием наличия или отсутствия на лице, волосистой части головы, на ладонях и подошвах; наличие кровоизлияния в кожу, сосудистых «звездочек», рубцов, варикозного расширения вен; напряжение и эластичность кожи – нормальная, повышенная, пониженная; варикозное расширение вен.

Состояние слизистых оболочек губ, носа, глаз, век, нёба: цвет: бледно-розовый, цианотичный, бледный, желтушный, вишнево-красный; энантема – высыпания на слизистых оболочках (область и характер высыпания); степень развития подочно-жировой клетчатки. Подробно описать налеты на языке, миндалинах и тканях зева (распространенность, окраска, отношение к подлежащим тканям, характер окружающей слизистой оболочки).

Развитие подкожно-жирового слоя: нормальное, слабое, чрезмерное. Место наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Общее ожирение. Кахексия.

Отеки, их локализация: конечности, лицо, веки, живот, поясница, общие отеки. Пастозность кожи.

Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, забрюшинные (локализация, размер (с горошину, фасоль, грецкий орех и т. д.), болезненность, консистенция: твердая, мягкая, однородная, неоднородная, спаяны между собой и окружающими тканями).

Степень развития мускулатуры: тонус – нормальный, повышенный (ригидность), пониженный (болезненность), контрактуры.

Кости: деформация, периоститы, искривления, «барабанные палочки» – утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног; болезненность и др. Акромегалия – чрезмерное увеличение ступней, кистей и пальцев, челюстей или всего скелета. Болезненность при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей черепа).

Суставы: конфигурация – нормальная, припухлость, деформация (указать, каких именно суставов), гиперемия кожи над ними и местное повышение температуры в области суставов, движения: активные или пассивные, свободные или ограниченные, болезненность при ощупывании или при пассивных движениях, хруст, флюктуация (указать, в каких суставах).

### Нервная система

Сознание (ясное, спутанное, кома).

Черепно-мозговые нервы.

Состояние органов чувств (обоняние, вкус). Слух, зрение (глазные щели, подвижность глазных яблок, реакция зрачков на свет, аккомодация, конвергенция, косоглазие, двоение, нистагм и др.). Острота зрения. Поля зрения.

Речь и ее расстройство (афазия моторная или сенсорная, дизартрия). Мимическая мускулатура, глотание, движение языка. Координация движений.

Походка больного: обычная, атактическая, паретическая, спастическая. Положение в позе Ромберга. Дрожание. Гиперкинезы (клонические и тонические судороги).

Рефлексы брюшные и на конечностях (нормальные и патологические). Их симметричность, выраженность.

Поверхностная и глубокая чувствительность и их границы. Дермографизм. Менингеальные симптомы. Болевые точки по ходу нервных стволов и симптом натяжения.

### Органы дыхания

Голос (нормальный, сиплый и др.). Форма грудной клетки (нормальная, бочкообразная, рахитическая, паралитическая, воронкообразная и др.). Асимметрия грудной клетки. Выпячивание или западение одной ее стороны. Искривление позвоночника: лордоз, кифоз, сколиоз, кифолордоз, кифосколиоз.

Над- и подключичные пространства, ширина межреберных промежутков. Движения грудной клетки при дыхании (симметричное, отставание). Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Число дыханий в 1 минуту. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Глубина и ритм дыхания: поверхностное, глубокое, ритмичное (Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля).

Болезненность при пальпации грудной клетки с указанием локализации. Голосовое дрожание.

Перкуссия легких: сравнительная и топографическая (высота стояния верхушек, ширина полей Кренига, нижняя граница легких по условно проведенным вертикально топографическим

линиям, подвижность нижнего края при максимальном вдохе и выдохе).

Аускультация легких: дыхательные шумы в разных местах грудной клетки, хрипы (локализация, характер: влажные или сухие – свистящие или басовые, звучность, калибр влажных хрипов), крепитация, шум трения плевры, бронхофония (выслушивание голоса).

Измерения: окружность грудной клетки: (в сантиметрах) на уровне сосков при спокойном дыхании, при глубоком вдохе и выдохе; спирометрия.

### Органы кровообращения

*Осмотр и пальпация сердечной области.* Видимые изменения: выпячивание – сердечный горб, пульсация.

Левожелудочковый толчок (область верхушки сердца): локализация, сила (слабый, средний, усиленный, приподнимающий и др.), площадь (в подушечках указательного пальца): локализованный или разлитой, характер (положительный), эпицентр разлитого толчка.

Правожелудочковый толчок (область 3-го, 4-го, 5-го межреберья слева от грудины), локализация, сила.

Симптом «кошачьего мурлыканья»: область локализации.

*Перкуссия сердца.* Границы относительной сердечной тупости. Конфигурация – митральная, аортальная. Ширина сосудистого пучка (в сантиметрах).

Аускультация сердца (громкость, ритм сердца, изменения тонов сердца, шумы сердца)

Тоны сердца:

1. I тон: обычной громкости, громкий, тихий, хлопающий (акцентированный), громкость зависит от длительности сердечного цикла, раздвоен; наличие средне- или позднесистолического щелчка.

2. II тон: акцентирован во 2-м межреберье справа (зона аорты) или слева от грудины (зона легочной артерии), тихий, раздвоен, щелчок открытия митрального и трикуспидального клапана.

3. III и IV тоны. Их характеристика.

Шумы сердца:

а) внутрисердечные шумы: зона максимальной слышимости (эпицентр), громкость, проведение, локализация в сердечном цикле (систолический, прото-, мезо-), голосистолический, диастолический (прото-, мезо-, пре-); систолодиастолический (непрерывный).

Динамическая аускультация сердца: изменение шумов сердца в различные фазы дыхания, при пробе Вальсальвы, изометрическом мышечном напряжении, при перемене позы больного (стоя, лежа, быстрый поворот на левый бок, в положении на корточках и быстром переходе в положение стоя);

б) внесердечные шумы – шум трения перикарда.

Ритм сердца: синусовый, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия.

### Исследование артерий и вен

Видимая пульсация артерий конечностей, сонных («пляска каротид»), аорты в яремной ямке. Симптом Мюссе.

Пальпация пульса (сравнение на обеих руках): наполнение, напряжение, форма (скорый, медленный), ритм, частота в 1 минуту. Дефицит пульса. Капиллярный пульс. Степень плотности (мягкие или плотные артерии) и форма: извилистость (симптом «червяка»).

Аускультация артерий (сонных, бедренных и почечных); двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье, тон «выстрела пистолета». Пальпация брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Артериальное давление на обеих руках, при необходимости на нижних конечностях (систолическое, диастолическое, мм рт. ст.).

Осмотр вен головы, шеи (видимая пульсация, набухание). Аускультация вен (шум «волчка»).

**Органы пищеварения**

Полость рта: зубы, десны, язык, глотка, миндалины.

Исследование живота.

1. Осмотр живота: форма, участие в акте дыхания. Состояние пупка, наличие расширенной венозной сети на передней брюшной стенке, грыжи и др.

2. Пальпация – поверхностная, ориентировочная и сравнительная. Напряжение мышц живота. Болезненность и ее локализация. Симптомы Менделя, Глинчикова, их локализация.

3. Данные глубокой пальпации: желудка (большая кривизна), привратника: нижняя граница желудка (методом аускультофрикции и аускультоперкуссии); прощупывание толстого кишечника (сигмовидная, слепая): болезненность, подвижность, форма, толщина, урчание, определение опухолевого образования и др.

4. При увеличении размера живота проводится его перкуссия для определения свободной жидкости в брюшной полости, метеоризма.

5. Аускультация желудка и кишечника – выслушивание перистальтики.

**Гепатолиенальная система**

Размеры печени при пальпации и перкуссии по Курлову (верхняя и нижняя границы); болезненность, консистенция (мягкая, твердая), поверхность (гладкая, бугристая), состояние края. Болезненность холедохо-панкреатической зоны.

Желчный пузырь: болезненность в пузырной точке, френитус-симптом. Симптом Курвуазье.

Поджелудочная железа: болезненность в зоне головки (холедохо-панкреатическая зона), хвоста и по ходу поджелудочной железы.

Перкуссия и пальпация селезенки в положении больного на спине и на боку (размеры, болезненность, поверхность (гладкая, бугристая), консистенция (твердая, мягкая), край; насколько выступает из-под края реберной дуги).

**Органы мочевого выделения**

Припухлость почечной области. Пальпация почек (прощупываемость почек методом пальпации и баллотирования. Мочеточниковые болевые точки). Болезненность при поколачивании почечной области (симптом Пастернацкого). Болезненность по ходу мочеточника. Данные пальпации и перкуссии мочевого пузыря.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа (величина, консистенция, болезненность). Наличие узлов. Глазные симптомы. Вторичные половые признаки. Другие расстройства эндокринной системы (вторичные половые признаки).

**III. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основное заболевание:**

**Осложнения:**

**Сопутствующие заболевания:**

**Осложнения:**

**Дата и подпись куратора.**

**IV. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Предусматривает назначение необходимых для данного больного ряда диагностических методов исследования (лабораторных, бактериологических, серологических, инструментальных, рентгенологических, радиоизотопных), которые требуются для установления клинического диагноза. По показаниям назначаются консультации смежных специалистов (окулист, гинеколог и др.).

**V. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Составляется студентом применительно к конкретному больному. Предусматривается немедикаментозное и медикаментозное лечение. Все разделы терапии должны быть обоснованы.

Назначаются режим с указанием его особенностей, лечебное питание (номер лечебного стола по Певзнеру, характеристика диеты) с перечислением ограничений и разрешаемых видов продуктов, физиотерапевтические процедуры.

Фармакотерапия назначается на день поступления пациента в стационар с указанием даты. Медикаментозные препараты по-латински выписываются в листе назначения. Первоначально перечисляются лечебные мероприятия по поводу urgentных состояний, которые послужили причиной обращения за медицинской помощью и явились основанием для госпитализации (гипертонический криз, осложненный гипертензивной энцефалопатией, сердечная астма, отек легких, пароксизм фибрилляции предсердий. При бронхиальной астме – астматический статус и др.). При обострении ИБС возможен ангинозный статус. Затем перечисляются медикаменты, которые должен применять сам пациент для купирования приступов стенокардии при ИБС, ингаляции селективных бета-2-агонистов при приступе бронхиальной астмы и др. В последующем пишутся препараты для базисной терапии основного и клинически значимых сопутствующих заболеваний. По пунктам перечисляются медикаменты, выбранные студентом для лечения курируемого больного, их дозы, периодичность и способ введения (внутрь, внутривенно, подкожно и т. д.), физиотерапевтические и другие процедуры. При этом необходимо избегать полипрагмазии.

## VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе отражаются наиболее характерные результаты обследования больного. Они предоставляются преподавателем на 3–5-й день курации из клинической (госпитальной) истории болезни и выписываются студентами в учебную историю болезни на отдельно выделенных листах.

У лихорадящих больных вычерчивается на отдельном листе температурный график, на котором отмечаются по датам

утренняя и вечерняя температура тела, артериальное давление, масса и рост больного, суточный диурез, вычерчиваются кривые пульса (красным), температуры (черным), дыхания (синим) и вклеиваются копии электрокардиограмм, результаты УЗИ, эхокардиографического, рентгенологического заключения и настоящего (из клинической истории болезни) листа назначений.

У всех пациентов по значениям уровня креатинина крови рассчитывается скорость клубочковой фильтрации и дается оценка возможности развития хронических болезней почек.

## VII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕТОДОМ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПО ВЕДУЩЕМУ СИНДРОМУ

Ведущим симптомом или синдромом у пациента являются, например, боли за грудиной, приступ удушья (или повышенное АД, кардиомегалия, синдром инфильтрата в легких, желтуха, асцит и др.). Затем составляется программа диагностического поиска (перечень заболеваний, при которых встречается выделенный ведущий синдром). Артериальная гипертензия встречается при следующих заболеваниях: болезнь и синдром Иценко-Кушинга, синдром Конна, вазоренальная гипертензия и др. Затем необходимо провести дифференциальную диагностику методом исключения с тремя заболеваниями методом противопоставления.

### Клинический диагноз и его обоснование

Формулируется полный клинический диагноз с указанием основного заболевания, его осложнений, сопутствующих заболеваний и их осложнений. Проставляются дата и подпись куратора.

### Обоснование основного заболевания и его осложнений

Затем проводится обоснование основного заболевания и его осложнений с учетом клинических, физикальных данных и результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

### **Этиология и патогенез основного заболевания**

Указываются возможные причинные факторы заболевания у курируемого больного. Для пациентов с факторами риска кардиологического профиля без заболеваний сердечно-сосудистой системы атеросклеротического генеза в данном разделе по модели SCORE проводится расчет 10-летнего риска развития смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Если у обследуемого терапевтом пациента имеются анамнестические указания на результаты бактериологического исследования по поводу, например, язвенной болезни, при которой выявлен возбудитель *H. pylori*, или при хроническом пиелонефрите – кишечная палочка, это должно отражаться в данном разделе наряду с другими факторами риска болезни.

### **Течение болезни**

Представляется как ежедневные дневники за дни курации. Сведения о состоянии больного отражают динамику заболевания по органам и системам в виде кратких, но исчерпывающих записей, отражающих динамику болезненного процесса. Обязательно занесение в дневник новых результатов лабораторных исследований с указанием динамики. В дневнике фиксируются данные консультаций специалистов и обходов профессора, доцента, ассистента. Указывается, почему менялись лекарственные средства или их дозы. Проставляются дата и подпись куратора.

### **Заключительный эпикриз (ретроспективный анализ)**

Указываются фамилия, имя, отчество больного, возраст, время пребывания в стационаре (количество койко-дней). Формулируется клинический диагноз. Перечисляются основные лекарственные препараты, назначенные больному (см. раздел «Лечение»), с указанием курсовой или суточной дозы, длительности применения и т. д. Отражается динамика течения заболевания, результаты проведенной терапии. Излагаются

особенности течения болезни и ее осложнений, динамика процесса за время пребывания в стационаре. Оцениваются результаты лечения.

Дается ближайший и отдаленный прогноз в отношении жизни и трудоспособности больного, необходимое дальнейшее лечение: рекомендации при выписке по диспансерному наблюдению у терапевта, при необходимости кардиолога, невролога и других специалистов, режим труда и отдыха, диета, дальнейшая фармакотерапия с указанием препаратов и их дозового режима. При необходимости – санаторно-курортное лечение (с указанием рекомендуемого профиля курорта, перечислением курортов). Даются рекомендации по трудоустройству: нуждается ли в переводе на другую работу. В конце проставляются дата и подпись куратора. Указывается литература, используемая при написании истории болезни.

## ПЕРЕЧЕНЬ СИНДРОМОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

### **Анемия**

1. Острая постгеморрагическая.
2. Железодефицитные.
3. Анемии при хронических заболеваниях (при хронической почечной недостаточности, заболеваниях печени и др.).
4. Мегалобластные (связанные с дефицитом витамина В12 и/или фолиевой кислоты).
5. Гемолитические (аутоиммунные, талассемия и др.)
6. Гипо- и апластические.
7. Анемии, связанные с нарушением синтеза или утилизации порфиринов (наследственные формы, при свинцовой интоксикации).

### **Артериальная гипертония (гипертензия)**

1. Гипертоническая болезнь.
2. Вторичные (симптоматические) артериальные гипертонии.
  - 2.1. Эндокринные:
    - феохромоцитома, феохромобластома;
    - болезнь и синдром Иценко-Кушинга;
    - первичный альдостеронизм (синдром Конна);
    - диффузный токсический зоб (тиреотоксикоз);
    - акромегалия.
  - 2.2. Гемодинамические (кардиоваскулярные):
    - коарктация аорты;
    - эритремия (полицитемия);
    - недостаточность аортального клапана;
    - атеросклероз аорты;
    - нейроциркуляторная дистония.

- 2.3. Церебральные (или центрогенные) гипертонии на почве заболеваний и органических поражений ЦНС:
  - инсульт: ишемический, геморрагический;
  - опухоль головного мозга;
  - воспалительные поражения центральной нервной системы (энцефалит, менингит, полиомиелит);
  - посткоммоционный и контузионный синдромы.
- 2.4. Гипертонии, экзогенно обусловленные (химическими факторами):
  - медикаментозные гипертонии при приеме глюкокортикостероидных препаратов, противозачаточных средств и др.
- 2.5. Ренальные.
  - 2.5.1. Реноваскулярные (атеросклероз, тромбоз и др.).
  - 2.5.2. Врожденные anomalies почек (поликистоз, гипоплазия почек и др.).
  - 2.5.3. Паренхиматозные:
    - поражения почек при диффузных заболеваниях соединительной ткани (волчаночный нефрит);
    - диабетическая нефропатия (синдром Киммельстилла-Уилсона);
    - амилоидоз почек;
    - воспалительные заболевания почек;
    - гломерулонефрит острый, хронический;
    - пиелонефрит хронический.

### **Артериальная гипотония (гипотензия)**

1. Физиологическая (индивидуальный вариант нормы, при повышенной тренированности и пр.).
2. Нейроциркуляторная астения по гипотоническому типу.
3. Симптоматическая (вторичная) при инфаркте миокарда, инфекциях, интоксикациях, кровотечениях и др.
4. Эндокринные гипотонии (Аддисонова болезнь, микседема, гипопитуитаризм).

5. Гипотонии при электролитных нарушениях (синдром солевой недостаточности и др.).
6. Ортостатические артериальные гипотонии.

#### Асцит

1. Цирроз печени.
2. Рак печени.
3. Тромбоз воротной и печеночной вен.
4. Туберкулезный перитонит.
5. Мезотелиома брюшины.
6. Метастазы злокачественной опухоли в брюшину.
7. Сердечная недостаточность.
8. Болезни почек с нефротическим синдромом.

#### Высыпания на коже

1. Инфекционные болезни (корь, краснуха, скарлатина и др.).
2. Сифилис (вторичный период).
3. Аутоиммунные заболевания с поражением кожи (системная красная волчанка, васкулиты, склеродермия, саркоидоз, узловатая эритема и пр.).
4. Стрептостафилодермия (пиодермия).
5. Атопический дерматит, экзема, псориаз.
6. Опоясывающий лишай.
7. Лекарственная болезнь (крапивница, дерматит).

#### Геморрагический синдром

1. Лекарственная болезнь.
2. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
3. Болезни печени (гепатит, цирроз).
4. Цинга.
5. Гемофилия.
6. Геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера).
7. Лейкозы.
8. Тромбоцитопеническая пурпура.
9. Геморрагический васкулит.

#### Желтуха

1. Надпеченочная (гемолитические анемии наследственные и приобретенные).
2. Печеночная (паренхиматозная).
  - 2.1. Острый гепатит.
  - 2.2. Хронический гепатит.
  - 2.3. Цирроз печени.
  - 2.4. Доброкачественная гипербилирубинемия (пигментный гепатоз).
3. Подпеченочная (механическая).
  - 3.1. Желчнокаменная болезнь.
  - 3.2. Опухоль гепатопанкреатодуоденальной зоны (рак желчных путей, большого дуоденального сосочка, головки поджелудочной железы, лимфогрануломатоз и пр.).
  - 3.3. Рубцовое сужение общего желчного протока.

#### Кардиалгия

1. Болезни сердца.
  - 1.1. Коронарогенного генеза (ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда).
  - 1.2. Некоронарогенного генеза:
    - нейроциркуляторная астения;
    - заболевания перикарда;
    - миокардиты;
    - кардиомиопатии (гипертрофическая, дилатационная, специфические кардиомиопатии);
    - опухоли миокарда.
2. Болезни органов брюшной полости:
  - язвенная болезнь;
  - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
  - болезни желчного пузыря и поджелудочной железы;
  - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Заболевания позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса:
  - остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника;

- травматические повреждения грудной клетки, миозиты;
  - синдром грудной мышцы;
  - синдром Титце;
  - опоясывающий лишай.
4. Патология органов средостения:
- заболевания пищевода;
  - опухоли средостения;
  - медиастениты.
5. Болезни бронхолегочного аппарата и плевры:
- пневмонии;
  - плевриты;
  - опухоли бронхов и плевры;
  - пневмоторакс.
6. Патология крупных сосудов:
- расслаивающая аневризма аорты;
  - тромбоэмболия легочной артерии;
  - аортиты.

Программа диагностического поиска, исходящая из презумпции наивысшей безопасности пациента: **ОКС, расслаивающая аневризма грудного отдела позвоночника, аортит, ТЭЛА, повреждение пищевода, пневмоторакс, плеврит, перикардит и др.**

### Кардиомегалия

- I. Болезни миокарда.
1. ИБС:
    - а) перенесенный инфаркт миокарда;
    - б) ишемическая кардиомиопатия.
  2. Миокардиты:
    - а) инфекционные (вирусные, бактериальные и др.);
    - б) при диффузных заболеваниях соединительной ткани.
  3. Кардиомиопатии:
    - а) гипертрофическая;
    - б) дилатационная.
  4. Специфические кардиомиопатии:
    - а) алкогольная, кобальтовая (пивная);

- б) при эндокринных нарушениях:
    - тиреотоксикоз;
    - гипотиреоз;
    - акромегалия;
  - в) лекарственная;
  - г) нервно-мышечные заболевания (атаксия Фридрейха);
  - д) амилоидоз;
  - е) гемохроматоз и др.
- II. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии.
- III. Пороки сердца.
1. Приобретенные:
    - а) митральный стеноз;
    - б) недостаточность митрального клапана;
    - в) аортальный стеноз;
    - г) недостаточность аортального клапана;
    - д) многоклапанные (комбинированные) пороки сердца.
  2. Врожденные:
    - а) дефект межпредсердной перегородки;
    - б) дефект межжелудочковой перегородки;
    - в) пентада Фалло;
    - г) синдром Лютембаше и др.
- IV. Перикардиты (экссудативные).
- V. Легочное сердце.
- VI. Аневризма сердца.

### Кашель с мокротой

1. Бронхит.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких.
3. Пневмонии.
4. Абсцесс легкого, гангрена легкого.
5. Туберкулез легких.
6. Рак легкого.
7. Бронхоэктатическая болезнь.

**Кишечная диспепсия**

1. Дизентерия.
2. Хронический панкреатит.
3. Синдром раздраженного кишечника (СРК).
4. Язвенный колит.
5. Болезнь Крона.
6. Опухоли кишечника.
7. СПИД.
8. Туберкулез кишечника.

**Кровотечение гастродуоденальное**

1. Болезни пищевода:
  - варикозное расширение вен пищевода;
  - рак пищевода;
  - пептическая язва.
2. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:
  - язвенная болезнь;
  - геморрагический гастрит;
  - симптоматические и лекарственные эрозии и язвы (НПВП-гастропатия и др.);
  - рак желудка и другие опухоли;
  - синдром Маллори-Вейсса;
  - дивертикулы желудка.
3. Болезни системы крови (гемофилия, геморрагический васкулит, тромбоцитопеническая пурпура и др.).
4. Разрыв расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты.

**Кровохарканье и легочное кровотечение**

1. Болезни бронхолегочного аппарата и плевры:
  - туберкулез легких;
  - рак легкого;
  - пневмонии (стафилококковая, гриппозная);
  - абсцесс легкого, гангрена легкого;
  - бронхоэктатическая болезнь.

2. Болезни сердечно-сосудистой системы:
  - митральный стеноз;
  - инфаркт легкого;
  - аневризма аорты.
3. Врожденные заболевания (болезнь Рандю-Ослера и др.).
4. Ранения и травмы грудной клетки.
5. Болезни верхних дыхательных путей (носоглотки, десен, гортани).

**Лейкоцитоз с изменениями лейкограммы**

1. Инфекционные заболевания.
2. Воспалительные заболевания.
3. Лейкемоидные реакции (эозинофильного, миелоидного, лимфатического, моноцитарного типов).
4. Острый лейкоз.
5. Хронические лейкозы (лимфолейкоз, миелолейкоз).

**Лейкоцитопении**

1. Агранулоцитоз:
  - медикаментозный (сульфаниламиды, препараты пирозолонового ряда, цитостатики и др.);
  - идиопатический.
2. Миелотоксические лейкоцитопении:
  - лекарственные;
  - вследствие воздействия ионизирующей радиации;
  - профессиональные вредности.
3. Гипопластическая анемия.
4. Острый лейкоз.
5. Анемия, связанная с дефицитом витамина В<sub>12</sub> и/или фолиевой кислоты.
6. Цирроз печени.
7. Системная красная волчанка.
8. Острая и хроническая лучевая болезнь.

**Лихорадочный синдром**

## 1. Лихорадки инфекционного происхождения.

## ■ Общие инфекции:

- туберкулез;
- сепсис;
- брюшной тиф;
- бруцеллез;
- малярия;
- СПИД;
- вирусные гепатиты.

## ■ Очаговые инфекции:

- гнойные инфекции верхнего этажа (холецистит, холангит, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс печени, подпеченочный абсцесс);
- гнойные инфекции нижнего этажа (аппендицит, дивертикулит, воспалительные заболевания тазовых органов, язвенный колит);
- инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит, паранефральный абсцесс, инфекция мочеочника, простаты);
- бактериальный эндокардит;
- бронхоэктазы с нагноением;
- бактериемия без установленного первичного очага (вирусные, риккетсиозные и хламидоинфекции, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция Коксаки, Ку-лихорадки, пситтакоз, вирусный гепатит);
- паразитарные инвазии (амебиаз, трихинеллез, токсоплазмоз);
- пирокетозы (лептоспироз, рецидивирующая лихорадка).

## 2. Лихорадки неинфекционного происхождения:

- опухоли почек, печени, легких, поджелудочной железы, желудка, толстой кишки, миксома предсердия, метастазирующие опухоли;

- болезни крови и кроветворных органов (апластическая анемия, гемолитическая, мегалобластная анемии, агранулоцитоз, лимфогрануломатоз, лимфомы, лимфосаркома, лейкозы, ретикулосаркома, множественная миелома);
- диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматизм, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, гранулематоз Вегенера, болезнь Крона и др.).

**Мочевой синдром****(протеинурия, изменения мочевого осадка)**

1. Инфекционно-токсическая почка.
2. Застойная почка при хронической сердечной недостаточности.
3. Гипертоническая болезнь.
4. Диабетическая нефропатия.
5. Амилоидоз почек.
6. Гипернефрома.
7. Туберкулез почек.
8. Мочекаменная болезнь.
9. Гломерулонефриты: острый, хронический, в том числе волчаночный.
10. Пиелонефриты: острый, хронический.

**Отеки**

## I. Локальные отеки:

- воспалительные;
- ангионевротические (отек Квинке);
- лимфатический.

## II. Общие.

1. Гипотиреоз (микседема).
2. Алиментарная дистрофия.
3. Гипопротеинемические (при синдроме раздраженной кишки с диареей, злокачественных новообразованиях и пр.).

4. Сердечная недостаточность.
5. Болезни почек:
  - острый гломерулонефрит;
  - нефротический синдром (гломерулонефрит хронический, амилоидоз почек, диабетическая нефропатия, СКВ и др.).

#### **Приступ удушья**

1. Бронхиальная астма, обструктивный синдром.
2. Инфаркт миокарда и его осложнения, сердечная астма.
3. Обтурация или сдавление бронха.
4. Инородные тела в респираторном тракте.
5. Опухоли гортани, трахеи, бронхов.
6. Карциноидный синдром.
7. Рак легкого.
8. Пневмоторакс спонтанный.
9. Тромбоэмболия легочной артерии.
10. Отек легкого.
11. Заболевания гортани (ларингоспазм, ларингит, ангионевротический отек, инородное тело).
12. Паническая атака, гипервентиляционный синдром.
13. Уремическая астма.
14. Травматическая асфиксия.
15. Отравления фосфорорганическими веществами, наркотиками.

#### **Притупление перкуторного звука над легкими**

1. Рак легкого.
2. Туберкулез легких (инфильтративно-пневмоническая форма).
3. Скопление жидкости в плевральной полости (плеврит, гемоторакс, сердечная недостаточность).
4. Плевральные шварты.
5. Ателектаз легкого.
6. Инфаркт легкого.

7. Абсцесс легкого, гангрена легкого.
8. Пневмония.

#### **Скопление жидкости в плевральной полости**

1. Ранения и травмы грудной клетки.
2. Инфекционные заболевания:
  - туберкулез легких;
  - пневмония;
  - абсцесс легкого.
3. Новообразования:
  - мезотелиома плевры;
  - метастазы злокачественной опухоли в плевру.
4. Сердечная недостаточность.
5. Системные заболевания соединительной ткани (СКВ, ревматоидный артрит).
6. Другие болезни (панкреатит острый и хронический, поддиафрагмальный абсцесс).

#### **Суставной синдром**

1. Ревматический полиартрит.
2. Ревматоидный артрит.
3. Остеоартроз (деформирующий).
4. Подагра.
5. Системные заболевания соединительной ткани (СКВ, склеродермия, дерматомиозит).
6. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).
7. Реактивный артрит.
8. Инфекционный специфический артрит (туберкулезный, бруцеллезный, гонорейный и др.).
9. Поражения суставов при различных заболеваниях (геморрагический васкулит, саркоидоз, гемофилия, новообразования и др.).
10. Травматический артрит.

**Увеличение живота в объеме**

1. Ожирение.
2. Беременность.
3. Расширение желудка и кишечника газами.
4. Киста яичника и брыжейки.
5. Опухоль в брюшной полости.
6. Жидкость в брюшной полости.

**Увеличение лимфатических узлов (полиадения)**

1. Реактивные лимфоаденопатии (инфекционно-воспалительные, аллергические, невыясненной этиологии).
2. Туберкулез лимфатических узлов.
3. Метастазы рака в лимфатические узлы.
4. Лимфогрануломатоз (болезнь Ходжкина).
5. Неходжкинские лимфомы (лимфоцитомы, лимфосаркомы).
6. Острый лейкоз.
7. Хронический лимфолейкоз.

**Увеличение печени (гепатомегалия)**

1. Острый вирусный гепатит.
2. Хронический гепатит.
3. Цирроз печени.
4. Эхинококк печени.
5. Стеатоз печени (жировой гепатоз).
6. Опухоли печени.
7. Сердечная недостаточность.

**Увеличение селезенки (спленомегалия)**

1. Болезни системы крови:
  - гемолитическая анемия;
  - острый лейкоз;
  - хронические лимфолейкозы (лимфолейкоз, миелолейкоз, миелофиброз, эритремия).

2. Болезни печени:
  - хронический гепатит;
  - цирроз печени.
3. Другие болезни (малярия).

**Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия)**

1. Диффузный токсический зоб (тиреотоксикоз).
2. Митральный стеноз.
3. Болезни сердца (с поражением миокарда).
  - 3.1. Коронарогенного генеза (инфаркт миокарда).
  - 3.2. Некоронарогенного генеза:
    - миокардиты;
    - кардиомиопатии идиопатические (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная, аритмогенная правожелудочковая);
    - кардиомиопатии вторичные;
    - опухоли миокарда.

**Шумы сердца*****Систолический***

1. Заболевания аорты (атеросклероз, аневризма).
2. Стеноз устья аорты.
3. Проплап митрального клапана.
4. Недостаточность митрального клапана:
  - органическая;
  - относительная (при расширении полости левого желудочка и фиброзного кольца, дисфункция папиллярных мышц, разрыв хорд и др.).
5. Недостаточность трикуспидального клапана.
6. Врожденные пороки (дефект предсердной и межжелудочковой перегородок, коарктация аорты и др.).

***Диастолический***

1. Недостаточность аортального клапана.
2. Митральный стеноз.

### *Систо-диастолический*

Открытый артериальный проток.

#### **Эпигастралгия**

1. Инфаркт миокарда (гастралгическая форма).
2. Аппендицит.
3. Дискинезии желчных путей.
4. Холецистит.
5. Панкреатит.
6. Опухоль поджелудочной железы.
7. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
8. Функциональные расстройства желудка.
9. Гастрит.
10. Рак желудка.
11. Язвенная болезнь.

---

## КЛАССИФИКАЦИИ ОСНОВНЫХ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ И ПРИМЕРНАЯ ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

---

### **ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОСОМОСНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

*Шифр МКБ-10: класс XVII; рубрики Q 00 – Q 99*

#### **КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА (Morgan В. С., 1978)**

##### **I. Пороки с цианозом**

1. Уменьшенный кровоток в малом круге кровообращения:
  - гипертрофия правого желудочка (тяжелый стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии с или без дефекта межжелудочковой перегородки);
  - гипертрофия левого желудочка (атрезия трехстворчатого клапана, атрезия легочной артерии с гипоплазией правого желудочка);
  - комбинированная гипертрофия правого и левого желудочков (транспозиция магистральных сосудов со стенозом легочной артерии; общий артериальный ствол с гипоплазией легочных артерий).
2. Увеличенный кровоток в малом круге кровообращения:
  - гипертрофия правого желудочка (дефект межпредсердной перегородки; все пороки с левосторонним шунтом с легочной гипертензией – открытый артериальный проток; дефект межжелудочковой перегородки);

- гипертрофия левого желудочка (открытый артериальный проток; дефект межжелудочковой перегородки; артериовенозная фистула).

## II. Пороки без цианоза

1. Нормальный кровоток в малом круге кровообращения:
  - гипертрофия правого желудочка (коарктация аорты, стеноз митрального клапана);
  - гипертрофия левого желудочка (коарктация аорты, стеноз аорты; фиброэластоз эндокарда).
2. Увеличенный кровоток в малом круге кровообращения:
  - гипертрофия правого желудочка (атрезия аорты; синдром гипоплазии левого желудочка; тотальный аномальный дренаж легочных вен, транспозиция магистральных сосудов);
  - комбинированная гипертрофия правого и левого желудочков (транспозиция магистральных сосудов, единый желудочек, атрезия трехстворчатого клапана с транспозицией магистральных сосудов).

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения	Q 20 – Q 28
Врожденные аномалии (пороки развития) сердечных камер и соединений	Q 20
<i>Общий артериальный ствол</i>	Q 20.0
<i>Дискордантное желудочково-артериальное соединение</i>	Q 20.3
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Декстротранспозиция аорты</li> <li>■ Транспозиция крупных сосудов (полная)</li> </ul>	

Нозология	Шифр
<i>Удвоение входного отверстия желудочка</i>	Q 20.4
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Общий желудочек</li> <li>■ Трехкамерное двухпредсердное сердце</li> <li>■ Единственный желудочек</li> </ul>	
<i>Дискордантное предсердно-желудочковое соединение</i>	Q 20.5
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Корригированная транспозиция</li> <li>■ Левотранспозиция</li> <li>■ Желудочковая инверсия</li> </ul>	
<b>Врожденные аномалии (пороки развития) сердечной перегородки</b>	<b>Q 21</b>
<i>Дефект межжелудочковой перегородки</i>	Q 21.0
<i>Дефект предсердной перегородки</i>	Q 21.1
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дефект коронарного синуса</li> <li>■ Незаращение или сохранившееся:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● овальное отверстие</li> <li>● вторичное отверстие (тип II)</li> </ul> </li> <li>■ Дефект венозного синуса</li> </ul>	
<i>Дефект предсердно-желудочковой перегородки</i>	Q 21.2
<i>Тетрада Фалло</i>	Q 21.3
Дефект межжелудочковой перегородки со стенозом или атрезией легочной артерии, дэкстропозицией аорты и гипертрофией правого желудочка	
<i>Другие врожденные аномалии сердечной перегородки</i>	Q 21.8
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Синдром Эйзенменгера</li> <li>■ Пентада Фалло</li> </ul>	
<b>Врожденные аномалии (пороки развития) легочного и трехстворчатого клапанов</b>	<b>Q 22</b>
<i>Атрезия клапана легочной артерии</i>	Q 22.0
<i>Врожденный стеноз клапана легочной артерии</i>	Q 22.1
<i>Другие врожденные пороки клапана легочной артерии</i>	Q 22.3
<i>Другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана</i>	Q 22.8

## БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шифр МКБ-10: класс X; рубрики I 00 – I 99

### КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ (Ассоциация ревматологов России, 2003)

#### I. Клинические формы:

- острая ревматическая лихорадка;
- повторная ревматическая лихорадка.

#### II. Клинические проявления:

- А. Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки.
- Б. Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты.

#### III. Исходы:

- А. Выздоровление.
- Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца:
- без порока сердца;
  - с пороком сердца.

#### IV. Недостаточность кровообращения:

- А. По классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко (стадии I, IIА, IIБ, III).
- Б. По классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца – NYHA (I, II, III, IV функциональный классы).

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЗМА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Острая ревматическая лихорадка	I 00 – I 02
Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца	I 00
■ Артрит ревматический острый или подострый	

Нозология	Шифр
Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца	I 01
<i>Острый ревматический эндокардит</i>	I 01.1
■ Любое состояние, относящееся к рубрике I 00, в сочетании с эндокардитом или вальвулитом	
■ Острый ревматический вальвулит	
<i>Острый ревматический миокардит</i>	I 01.2
■ Любое состояние, относящееся к рубрике I 00, в сочетании с миокардитом	
<i>Другие острые ревматические болезни сердца</i>	I 01.8
■ Любое состояние, относящееся к рубрике I 00, в сочетании с другими или множественными формами состояний с вовлечением сердца	
■ Острый ревматический панкардит	
<i>Острая ревматическая болезнь сердца</i>	I 01.9
■ Любое состояние, относящееся к рубрике I 00, в сочетании с неуточненной формой поражения сердца	
■ Ревматический кардит	
■ Болезнь сердца активная или острая	
Ревматическая хорея	I 02
Хронические ревматические болезни	I 05 – I 09
Другие ревматические болезни сердца	I 09
<i>Ревматический миокардит</i>	I 09.0
<i>Ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен</i>	I 09.1
■ Ревматический:	
● эндокардит (хронический)	
● вальвулит (хронический)	
<i>Хронический ревматический перикардит</i>	I 09.2

Нозология	Шифр
<i>Другие уточненные ревматические болезни сердца</i>	I 09.8
<b><i>Ревматические болезни сердца неуточненные</i></b> ■ Ревматический (ая): <ul style="list-style-type: none"> <li>● кардит</li> <li>● сердечная недостаточность</li> </ul>	I 09.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит, мигрирующий полиартрит. Н I, I ФК. Шифр по МКБ-10: I 01.9.
2. Острая ревматическая лихорадка: хорея. Шифр по МКБ-10: I 01.9.
3. Повторная ревматическая лихорадка: кардит – активность I степени, острое течение. Митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Н IА, ФК II. Шифр по МКБ-10: I 01.9.
4. Хроническая ревматическая болезнь сердца: митрально-аортальный порок сердца: незначительный митральный стеноз, митральная недостаточность I степени, аортальная недостаточность I степени. Полиартралгии. Н IА, ФК II. Шифр по МКБ-10: I 01.9.

**НОМЕНКЛАТУРА****ПРИБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

(Мухарлямов Н. М., Кассирский Г. И., Соловьев В. В., 1978)

**Пороки митрального клапана:**

- Недостаточность митрального клапана.
- Митральный стеноз.
- Митральный порок с преобладанием недостаточности.
- Митральный порок с преобладанием стеноза.
- Митральный порок без четкого преобладания недостаточности или стеноза.

**Пороки аортального клапана:**

- Недостаточность аортального клапана.
- Стеноз устья аорты.
- Аортальный порок с преобладанием недостаточности.
- Аортальный порок с преобладанием стеноза.
- Аортальный порок без четкого преобладания недостаточности или стеноза.

**Пороки трикуспидального клапана:**

- Недостаточность трикуспидального клапана.
- Трикуспидальный стеноз.
- Трикуспидальный с преобладанием недостаточности.
- Трикуспидальный без четкого преобладания недостаточности или стеноза.

**Пороки клапана легочной артерии:**

- Недостаточность клапана легочной артерии.

**Примечания:**

1. При обозначении названия порока сердца в практической работе нецелесообразно употреблять слова «сочетанный» или «комбинированный».
2. При наличии нескольких пороков сердца принцип формулирования диагноза тот же, что и для простых форм, на первом месте указывается порок большей степени выраженности. Например, «Митрально-аортальный порок: митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность аортального клапана».

**КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
 ПРИБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА  
 (по Голофеевскому В. Ю. и соавт., 2006)**
**1. По происхождению:**

- а) ревматический;
- б) септический;
- в) сифилитический;

- г) атеросклеротический;
- д) травматический.

2. По характеру поражения клапанного аппарата (см. ранее).

3. Осложнения:

- а) аритмии сердца;
- б) сердечная недостаточность (указать стадию и степень);
- в) тромбоэмболии и инфаркты (указать локализацию и их последствия);
- г) нарушения кровообращения в системе малого круга (гиперволемиа, гипертензия и их комбинация).

4. Характер операции на сердце и ее последствия.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ПРИБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА  
(МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Ревматические болезни митрального клапана</b>	<b>I 05</b>
<i>Митральный стеноз</i> ■ Сужение митрального клапана (ревматическое)	I 05.0
<i>Ревматическая недостаточность митрального клапана</i> ■ Ревматическая митральная ■ Функциональная недостаточность ■ Регургитация	I 05.1
<i>Митральный стеноз с недостаточностью</i> ■ Митральный стеноз с функциональной недостаточностью или регургитацией	I 05.2
<i>Другие болезни митрального клапана</i> ■ Митральная (клапанная) недостаточность	I 05.8
<i>Болезнь митрального клапана неуточненная</i> ■ Митральное (клапанное) нарушение (хроническое) БДУ	I 05.9
<b>Ревматические болезни аортального клапана</b>	<b>I 06</b>

Нозология	Шифр
<i>Ревматический аортальный стеноз</i> ■ Ревматическое сужение аортального клапана	I 06.0
<i>Ревматическая недостаточность аортального клапана</i> ■ Ревматическая аортальная недостаточность ■ Регургитация	I 06.1
<i>Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью</i> ■ Ревматический аортальный стеноз с функциональной недостаточностью или регургитацией	I 06.2
<i>Другие ревматические болезни аортального клапана</i>	I 06.8
<i>Ревматическая болезнь аортального клапана неуточненная</i> ■ Ревматическая аортальная (клапанная) болезнь БДУ	I 06.9
<b>Ревматические болезни трехстворчатого клапана</b>	<b>I 07</b>
<i>Трикуспидальный стеноз</i> ■ Трикуспидальный (клапанный) стеноз (ревматический)	I 07.0
<i>Трикуспидальная недостаточность</i> ■ Трикуспидальная (клапанная) недостаточность (ревматическая)	I 07.1
<i>Трикуспидальный стеноз с недостаточностью</i>	I 07.2
<i>Другие болезни трехстворчатого клапана</i>	I 07.8
<i>Болезнь трехстворчатого клапана неуточненная</i> ■ Нарушение функции трехстворчатого клапана БДУ	I 07.9
<b>Поражения нескольких клапанов</b>	<b>I 08</b>
<i>Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов</i>	I 08.0

Нозология	Шифр
<i>Сочетанное поражение митрального и трехстворчатого клапанов</i>	I 08.1
<i>Сочетанное поражение аортального и трехстворчатого клапанов</i>	I 08.2
<i>Сочетанное поражение митрального, аортального и трехстворчатого клапанов</i>	I 08.3
<i>Другие множественные болезни клапанов</i>	I 08.8
<i>Множественное поражение клапанов неуточненное</i>	I 08.9
<b>Неревматические поражения митрального клапана</b>	<b>I 34</b>
<b>Митральная (клапанная) недостаточность</b> ■ Функциональная недостаточность ■ Регургитация	I 34.0
<b>Пролапс (пролабирование) митрального клапана</b> ■ Синдром выбухающего митрального клапана	I 34.1

### КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЙ)

При формулировке диагноза гипертонической болезни следует указать стадию заболевания, у лиц с впервые выявленной и/или нелеченой АГ степень повышения АД, у остальных больных пишется достигнутая степень АГ, а также степень риска. Кроме того, рекомендуется детализация имеющихся поражений органов-мишеней, факторов риска и сопутствующих клинических состояний (ассоциированных заболеваний).

Термины «артериальная гипертония» и «артериальная гипертония» (АГ) являются синонимами.

### КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ВОЗ и Международное общество по АГ, 1999, ESH/ESC, 2013)

	Категория АД, мм рт. ст. <sup>2</sup>	
	Систолическое	Диастолическое
Оптимальное <sup>3</sup>	< 120	< 80
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130–139	85–89
Гипертензия		
Степень 1	140–159	90–99
Степень 2	160–179	100–109
Степень 3	> 180	> 110
Изолированная систолическая гипертония <sup>4</sup>	> 140	< 90

<sup>2</sup> Диагноз основывается на среднем значении АД двух или более измерений во время повторных визитов пациента, следующих после первичного скрининга, для не принимающих антигипертензивных лекарств и не имеющих острых заболеваний. Когда систолическое и диастолическое АД показано в разных категориях, следует выбрать более высокую категорию для оценки стадии АГ у пациента. Изолированная систолическая гипертония (ИСГ) диагностируется при систолическом АД > 140 мм рт. ст. и при диастолическом АД < 90 мм рт. ст. и соответственно классифицируется.

<sup>3</sup> «Оптимальное» – ассоциируется с низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Так как гипотония также относится к патологическим состояниям, то правильнее было бы считать «оптимальным» уровень АД, равный 120/80 мм. рт. ст., – не ниже этого уровня. Тем не менее необычайно низким уровням следует придавать клиническое значение.

<sup>4</sup> ИСАГ должна классифицироваться на 1, 2, 3 степени согласно уровню систолического АД.

**ПОРОГОВЫЕ УРОВНИ АД (мм рт. ст.)  
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ  
ПО ДАННЫМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ  
(ESH/ESC, 2013)**

Метод измерения	САД		ДАД
Клиническое или офисное	АД $\geq$ 140	и/или	$\geq$ 90
СМАД: среднесуточное	АД $\geq$ 130	и/или	$\geq$ 80
дневное	АД $\geq$ 135	и/или	$\geq$ 85
ночное	АД $\geq$ 120	и/или	$\geq$ 70
Домашнее	АД $\geq$ 135	и/или	$\geq$ 85

**КРИТЕРИИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА  
(ESH/ESC, 2013)**

**Факторы риска**

- Мужской пол;
- возраст (мужчины > 55 лет; женщины > 65 лет);
- курение;
- дислипидемия:  
ОХС > 4,9 ммоль/л (190 мг/дл)  
и/или ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл)  
и/или ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин  
и < 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) для женщин  
и/или триглицериды > 1,7 ммоль/л (150 мг/дл);
- глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л (102–125 мг/дл);
- нарушение толерантности к глюкозе;
- ожирение (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>);
- семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у мужчин < 55 лет; у женщин < 65 лет);
- абдоминальное ожирение (объем талии > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин).

**Поражение органов-мишеней**

**Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста)  $\geq$  60 мм рт. ст.**

**Гипертрофия левого желудочка:**

- ЭКГ (индекс Соколова-Лайона SV1+RV5-6 > 35 мм; Корнельский показатель (RAVL+SV3)  $\geq$  20 мм для женщин, (RAVL+SV3)  $\geq$  28 мм для мужчин; Корнельское произведение (RAVL+SV3) мм x QRS мс > 2440 мм x мс.
- ЭхоКГ: ИММЛЖ > 115 г/м<sup>2</sup> для мужчин и > 95 г/м<sup>2</sup> для женщин.

**Сосуды:**

- УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ > 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов.
- Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии > 10 м/с.
- Лодыжечно/плечевой индекс < 0,9.

**Почки:**

- ХБП с рСКФ 30–60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ППТ).
- Микроальбуминурия (30–300 мг в сутки) или соотношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи).

**Сахарный диабет**

Глюкоза плазмы натощак  $\geq$  7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или HbA1c > 7 % (53 ммоль/моль) и/или глюкоза плазмы после нагрузки > 11,0 ммоль/л (198 мг/дл).

**Ассоциированные клинические состояния**

**Цереброваскулярная болезнь:** ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака.

**ИБС:** инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ.

**Сердечная недостаточность,** включая сердечную недостаточность с сохранной фракцией выброса.

**Клинически манифестное поражение периферических артерий** ХБП с рСКФ < 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ППТ); протеинурия (> 300 мг в сутки).

**Тяжелая ретинопатия:** кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва.

*Примечание:* ИМТ – индекс массы тела, АД – артериальное давление, ППТ – площадь поверхности тела, АКШ – аорто-коронарное шунтирование, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХБП – хроническая болезнь почек, рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации, HbA1c – гликированный гемоглобин, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, МЛЖ – масса левого желудочка, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

**СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У БОЛЬНЫХ АГ  
(ESH/ESC, 2013)**

Признак	АД (мм рт. ст.)		
	АГ 1 степени 140–159/ 90–99	АГ 2 степени 160–179/ 100–109 АГ	АГ 3 степени ≥ 180/110
ФР, ПОМ и ССЗ	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Нет ФР	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
1–2 ФР	Средний риск	Средний и высокий риск	Высокий риск
≥ 3 ФР	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС, ХБП ≥ 4 ст. или диабет с ПОМ либо множеством ФР	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

*Примечание:* ФР – факторы риска, ПОМ – поражения органов-мишеней, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; СД – сахарный диабет; АКС – ассоциированные клинические состояния.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ  
(ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ) (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I 10-I 15
Эссенциальная (первичная) гипертензия	I 10
Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца	I 11
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью</i> ■ Гипертензивная (гипертоническая) сердечная недостаточность	I 11.0
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности</i> ■ Гипертензивная болезнь сердца БДУ	I 11.9
Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек	I 12
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью</i> ■ Гипертоническая почечная недостаточность	I 12.0
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности</i> ■ Почечная форма гипертонической болезни	I 12.9
Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек	I 13
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью</i>	I 13.0
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью</i>	I 13.1

Нозология	Шифр
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной и почечной недостаточностью</i>	I 13.2
<i>Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная</i>	I 13.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий).
2. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 2. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией (от 15.07.2013).
3. ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).
4. Феохромоцитома правого надпочечника. АГ 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий).

### КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНЫХ (СИМПТОМАТИЧЕСКИХ) АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ (Крюков Н. Н., 2002)

**I. Ренальные.**

*1. Ренопаренхиматозные:* хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диабетический гломерулосклероз, амилоидоз почек; поражение почек при туберкулезе, системных диффузных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, узелковый периартериит, системная склеродермия); почка при употреблении некоторых анальгезирующих веществ; первичная задержка соли (синдром Лиддла), интерстициальный нефрит на почве мочекаменной болезни, инфаркты почек, нефропатия беременных, плазмоцитома, гипернефроидный рак, нефробластома, травматическая периренальная гематома и другие травмы почек.

2. *Реноваскулярные (вазоренальные):* атеросклеротический стеноз почечных артерий, фиброзно-мышечная дисплазия почечных артерий, неспецифический аортоартериит, кальциноз, тромбоз, эмболия магистральных почечных артерий и вен; рубцы, гематомы, опухоли, сращения, сдавливающие почечные артерии извне; атрезия и гипоплазия почечных артерий, их аневризмы, артериовенозные фистулы.
3. *Аномалии развития почек:* апластическая, гипопластическая почка, поликистоз и дистония почек, гидронефроз, галето- и подковообразная, патологически подвижная почка, нефроптоз, мегауретер, обструктивные уропатии.

**II. Эндокринные.**

1. *Надпочечниковые:* первичный гиперальдостеронизм, аденома коры надпочечников, идиопатическая двусторонняя гиперплазия коры надпочечников, болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Врожденная надпочечниковая гиперплазия, дефицит 11-в-гидроксилирования, дефицит 17-б-гидроксилирования, феохромоцитомы, феохромобластомы, параганглиомы, глюкокортикостероидозависимые.
2. *Гипофизарные:* акромегалия, аденокортикотропин-гормонально-зависимые.
3. *Тиреоидные и паратиреоидные:* гипертиреоз, гипотиреоз, гиперпаратиреоз.
4. *Климактерические.*
5. *Карциноидный синдром.*

**III. Кардиоваскулярные (гемодинамические).**

1. Коарктация аорты, атеросклероз и другие уплотнения аорты, панартериит аорты и ее ветвей, недостаточность клапанов аорты.
2. Застойная недостаточность кровообращения, полная атриовентрикулярная блокада, эссенциальный гиперкинетический синдром.

3. Артериовенозные фистулы, открытый артериальный проток, врожденные и травматические аневризмы, болезнь Педжета (деформирующий остит).

4. Эритремия.

**IV. Центрогенные (нейрогенные).**

1. *Сосудистые, воспалительные заболевания и опухоли мозга:* энцефалиты, менингиты, кисты, травмы, опухоли мозга (диэнцефальный синдром Пенфилда), хроническая ишемия некоторых зон мозга при сужении сонных и позвоночных артерий, диэнцефальный гипертензионный синдром Пейджа, поражение лимбической системы, посткоммоционный и контузионный синдромы, бульбарный полиомиелит.

2. *Полиневриты:* острая порфирия, бери-бери, хроническое отравление талием, свинцом, синдром Гийена-Барре.

3. Респираторный ацидоз, апноэ во время сна.

**V. Экзогенные.**

1. *Медикаментозные гипертонии вследствие приема некоторых препаратов:* глюкокортикоидов, минералокортикоидов, контрацептивов, симпатических аминов, ингибиторов МАО в сочетании с эфедрином, тирамином, индометацина в сочетании с эфедрином или фенилпропаноламином, кабеноксолона и других производных глицериновой кислоты, кокаина, циклоспорина, эритропоэтина.

2. *Алиментарные и бытовые:* хроническое отравление свинцом, кадмием, талием, тирамином; использование пищевых продуктов, содержащих тирамин (некоторые сорта сыра и марки красного вина).

**VI. Поздний токсикоз беременных.**

**VII. Злокачественная артериальная гипертония.**

**VIII. Легочная артериальная гипертония.**

**IX. Пульмогенная артериальная гипертония** (сочетание системной АГ и хронической бронхиальной обструкции).

**X. Портальная гипертония.**

**XI. Гипертонии, обусловленные воздействием других этиологических факторов** («Стресс» – синдром Гайсбока, тяжелые ожоги, послеоперационная гипертония и др.).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ВТОРИЧНЫХ (СИМПТОМАТИЧЕСКИХ)  
АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Вторичная гипертония</b>	<b>I 15</b>
<i>Реноваскулярная гипертония</i>	I 15.0
<i>Гипертония вторичная по отношению к другим поражениям почек</i>	I 15.1
<i>Гипертония вторичная по отношению к эндокринным нарушениям</i>	I 15.2
<i>Другая вторичная гипертония</i>	I 15.8
<i>Вторичная гипертония неуточненная</i>	I 15.9

**Пример формулировки диагноза:**

Мочекаменная болезнь. Хронический пиелонефрит, рецидивирующая форма, с достаточной функцией почек. Вторичная артериальная гипертония. Шифр по МКБ-10: N 11.

**КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ  
(ДИСТОНИИ)  
(Комаров Ф. И., 1976)**

- Варианты по преобладанию клинических проявлений (типы):
  - кардиальный;
  - гипертензивный;
  - гипотензивный;
  - смешанный.
- Осложнения:
  - аритмии сердца;
  - острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс);
  - ангионевротическая стенокардия.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Другие нарушения нервной системы	G 90 – G 99
<i>Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное</i>	G 90.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Шифр по МКБ-10: G 90.9.
2. Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу. Желудочковая экстрасистолия, I градация по Б. Лауну. Шифр по МКБ-10: G 90.9.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ (Рекомендации ВНОК, 2004)**

**Первичные гиперлипидемии (ГЛП)**

1. Семейная гиперхиломикронемия (I тип ГЛП по Д. Фредриксону).
2. Семейная гипертриглицеридемия (IV тип ГЛП по Д. Фредриксону).
3. Семейная комбинированная гиперлипопротеидемия.
4. Семейная дис-бета-липопротеидемия – ремнантная ГЛП (III тип ГЛП по Д. Фредриксону).
5. Семейная гиперхолестеринемия (IIa тип ГЛП).
6. Семейная гиперхолестеринемия со структурным дефектом апо В-100.
7. Полигенная гиперхолестеринемия.
8. Семейная гипер-альфа-липопротеидемия.

**Вторичные дислипидемии (Рекомендации ВНОК, 2008)**

**По этиологии:**

1. Сахарный диабет 2-го типа.
2. Хроническая почечная недостаточность.
3. Нефротический синдром.

4. Гипотиреоз.
5. Гиперурикемия.
6. Ожирение.
7. Избыточное употребление алкоголя.
8. Холестаз.
9. Беременность.
10. Anorexia nervosa.
11. Липодистрофия.
12. Лекарственные препараты (тиазидные диуретики, неселективные β-адреноблокаторы, эстрогены, кортикостероиды, анаболические стероиды, циклоспорин).

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ по Фредриксону Д. (ВОЗ, 1970)**

Тип ГЛП	Повышенные липопротеиды	Общий холестерин	Триглицериды	Встречаемость	Степень атерогенности
Тип I	Хиломикроны	Повышен	++++	< 1 %	Не атероген
Тип II a	ЛНП <sup>5</sup>	++	Норма	10 %	Высокая
Тип II b	ЛНП и ЛОНП	++	++	40 %	Высокая
Тип III	ЛПП	++	+++	< 1 %	Высокая
Тип IV <sup>6</sup>	ЛОНП	Норма или +	++	45 %	Умеренная
Тип V	ЛОНП и хиломикроны	++	++++	5 %	Низкая

<sup>5</sup> ЛОНП, ЛНП, ЛПП, ЛВП – липопротеины очень низкой, низкой, промежуточной и высокой плотности.

<sup>6</sup> IV тип ГЛП является атерогенным, если ему сопутствует низкая концентрация ХС ЛВП, а также другие метаболические нарушения: гипергликемия, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Нарушения обмена липопротеинов и другие дислипидемии</b>	<b>E 78</b>
<i>Чистая гиперхолестеринемия</i>	E 78.0
<i>Чистая гипертриглицеридемия</i>	E 78.1
<i>Смешанная гиперлипидемия</i>	E 78.2
<i>Гиперхиломикронемия</i>	E 78.3
<i>Другие гиперлипидемии</i>	E 78.4
<i>Гиперлипидемии неуточненные</i>	E 78.5
<i>Недостаток липопротеинов</i>	E 78.6
<i>Другие нарушения липопротеинов</i>	E 78.8
<i>Нарушения обмена липопротеинов</i>	E 78.9

### КЛАССИФИКАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ВКНЦ АМН СССР, 1983, на основе предложений Комитета экспертов ВОЗ, 1979)

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца).
2. Стенокардия:
  - 2.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV).
  - 2.2. Нестабильная стенокардия:
    - 2.2.1. Впервые возникшая стенокардия.
    - 2.2.2. Прогрессирующая стенокардия.
    - 2.2.3. Ранняя постинфарктная или послеоперационная стенокардия.
  - 2.3. Спонтанная (вариантная, «особая», Принцметала) стенокардия.
3. Безболевого ишемия миокарда.
4. Микроваскулярная стенокардия (кардиальный синдром X).

5. Инфаркт миокарда:
  - 5.1. Крупноочаговый (трансмуральный) инфаркт миокарда.
  - 5.2. Мелкоочаговый (нетрансмуральный) инфаркт миокарда.
6. Постинфарктный кардиосклероз.
7. Нарушения сердечного ритма (с указанием формы).
8. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).

В новых рекомендациях Европейского Кардиологического Общества (ESC, 2013) по диагностике и лечению стабильной ИБС особое внимание уделено стенокардии при неизменных коронарных артериях (КА), или **микроваскулярной стенокардии** (MBC) (2013 ESC. URL : <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/08/28/eurheartj.eht296>). MBC в МКБ-10 относится к коду 120.8 «Другие формы стенокардии».

### КЛАССИФИКАЦИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ (Классификация Канадской ассоциации кардиологов, Samreau L., 1976)

**I функциональный класс (ФК).** «Обычная повседневная физическая активность» (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной физической нагрузки.

**II ФК.** «Небольшое ограничение обычной физической активности» означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние > 200 м (двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.

**III ФК.** «Значительное ограничение обычной физической активности» – стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100–200 м)

по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.

**IV ФК.** «Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без появления неприятных ощущений», или стенокардия может возникнуть в покое.

Согласно Канадской классификации, различают 4 класса стабильной стенокардии напряжения (в модификации ВКНЦ РАМН).

**I класс.** Повседневная, привычная физическая нагрузка, такая как ходьба или подъем по лестнице, не вызывает приступа стенокардии. Приступ стенокардии развивается в результате интенсивной, или быстрой, или длительной нагрузки. Толерантность к стандартизованной велоэргометрической пробе высокая: величина мощности освоенной нагрузки ( $W$ ) не менее 750 кгм/мин (125 Вт); двойное произведение (ДП), отражающее потребность в кислороде ( $ДП = ЧСС \times АД \text{ сист.} / 100$ , не менее 278).

**II класс.** Небольшое ограничение повседневной деятельности, обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту в среднем темпе (80–100 шагов в 1 мин) на расстояние более 500 м, при подъеме по лестнице более чем на 1 этаж. Вероятность возникновения приступа стенокардии увеличивается при эмоциональном возбуждении, физической нагрузке, после еды, в холодную или ветреную погоду либо в течение нескольких часов после пробуждения ( $W = 450\text{--}600$  кгм/мин (75–100 Вт); ДП = 216–277).

**III класс.** Значительное ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100–500 м, при подъеме на один этаж ( $W = 300$  кгм/мин (50 Вт); ДП = 151–215).

**IV класс.** Минимальная бытовая и эмоциональная нагрузка вызывает приступы стенокардии, больные не способны выполнить любую физическую нагрузку без ангинозного приступа. Стенокардия возникает при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м. Характерно появление приступов стенокардии в покое (Stenocardia decubitus), а также во время сна, при переходе в горизонтальное положение. Приступы стенокар-

дии в покое, так же как и приступы напряжения, обусловлены повышением потребности миокарда в кислороде (повышение артериального давления, тахикардия, увеличение венозного притока крови к сердцу при переходе в горизонтальное положение), редкие приступы стенокардии покоя не являются обязательным критерием IV класса ( $W = 150$  кгм/мин (25 Вт); ДП = 150).

**Термин «ОКС»** был предложен новозеландским клиницистом Harvey White в 1996–1997 гг. К. Кэннон и Ю. Браунвальд в 2005 г. предложили включать в понятие «ОКС» только больных с **ИМспСТ, ИМбпСТ на ЭКГ и пациентов с нестабильной стенокардией (НС).**

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (Рекомендации ВНОК, 2007)

Термин «острый коронарный синдром» («ОКС») используют для обозначения обострения ИБС. Этим термином объединяют понятия:

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST;
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST;
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST, диагностированный по изменениям ферментов, по другим биомаркерам, по поздним ЭКГ-признакам;

■ **нестабильная стенокардия:**

- впервые возникшая (в течение 4 нед.);
- прогрессирующая;
- ранняя постинфарктная;
- покоя.

ОКС разделяют на:

- ОКС с подъемом ST;
- ОКС без подъема ST.

При НС у пациентов определяют риск развития неблагоприятных исходов по калькулятору GRACE на госпитальном этапе и в ближайшие 6 месяцев. По его результатам выделяют группы пациентов высокого, умеренного и низкого риска и исходя из этого определяют стратегию и тактику их ведения (URL : [http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs\\_risk/acs\\_risk\\_content.html](http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html)).

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Ишемическая болезнь сердца	I 20 – I 25
Стенокардия (грудная жаба)	I 20
<b>Нестабильная стенокардия</b> <b>Стенокардия:</b> ■ нарастающая; ■ напряжения, впервые возникшая; ■ напряжения, прогрессирующая <b>Промежуточный коронарный синдром</b>	
<b>Стенокардия с документально подтвержденным спазмом:</b> ■ ангиоспастическая; ■ Принцметала; ■ обусловленная спазмом; ■ вариантная	I 20.1
<b>Другие формы стенокардии:</b> ■ стенокардия напряжения	I 20.8
<b>Стенокардия неуточненная:</b> ■ стенокардия: • БДУ; • cardiac; ■ ангинозный синдром; ■ ишемические боли в груди	I 20.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная, Ш функциональный класс. Перенесенный инфаркт миокарда (2012). Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Н ПА, II ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 20.8.
2. ИБС. Стенокардия напряжения впервые возникшая. Н I, I ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 20.0.
3. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная, IV ФК. Желудочковая экстрасистолия III градации по Б. Лауну. Н ПА, II ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 20.0.
4. ИБС. Стенокардия спонтанная (вазоспастическая). Шифр по МКБ-10: I 20.1.

5. ИБС. Микроваскулярная стенокардия (МВС, или синдром X). МВС в МКБ-10 относится к коду 120.8 «Другие формы стенокардии».

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ИНФАРКТА МИОКАРДА**1. Характер течения:**

- первичный (в диагнозе специально не оговаривается, а отмечается дата возникновения);
- рецидивирующий;
- повторный (указываются даты предшествующих).

**2. Величина и глубина очага некроза:**

- с зубцом Q на ЭКГ:
  - крупноочаговый (имеется патологический Q);
  - трансмуральный (QS);
- без зубца Q на ЭКГ:
  - нетрансмуральный (непроникающий);
  - мелкоочаговый.

**3. Локализация и распространенность:**

- передний:
  - переднеперегородочный;
  - передневерхушечный;
  - переднебоковой;
  - распространенный передний и др.;
- задний:
  - заднедиафрагмальный (или нижний);
  - заднебазальный;
  - заднебоковой и др.;
- циркулярный.

**4. Клинические варианты:**

- ангинозный;
- астматический;
- абдоминальный (в т. ч. гастралгический);
- аритмический;
- церебральный;
- малосимптомный.

**5. Периоды** (Рекомендации ВНОК, 2007):

- развивающийся ИМ – от 0 до 6 часов;
- острый ИМ – от 6 часов до 7 суток;
- заживающий (рубцующийся) ИМ – от 7 до 28 суток;
- заживший ИМ – начиная с 29 суток.

**6. Осложнения:**

- нарушения ритма и проводимости;
- кардиогенный шок;
- острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- аневризма сердца;
- разрывы сердца;
- перикардит;
- тромбоэндокардит;
- тромбоэмболии;
- острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта;
- постинфарктный синдром (синдром Дресслера);
- психозы;
- хроническая сердечная недостаточность.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (Killip T., 1967)**

Для оценки тяжести поражения миокарда и прогноза при остром инфаркте миокарда применяются классификации Killip T., 1967 и Forrester J. S., 1977, учитывающие клинические признаки и результаты рентгенографии грудной клетки.

**Класс I** – нет признаков СН.

**Класс II** – СН (влажные хрипы в нижней половине легочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в легких).

**Класс III** – тяжелая СН (явный отек легких; влажные хрипы распространяются более чем на нижнюю половину легочных полей).

**Класс IV** – кардиогенный шок (САД – 90 мм рт. ст. с признаками периферической вазоконстрикции: олигурия, цианоз, потливость).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Острый инфаркт миокарда</b> ■ включен: инфаркт миокарда как острый (или установленный продолжительностью 4 нед. (28 дней) или менее от начала)	<b>I 21</b>
<b>Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда:</b> ■ передней стенки БДУ; ■ передневерхушечный; ■ переднебоковой; ■ переднесептальный	I 21.0
<b>Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда:</b> ■ диафрагмальной стенки; ■ нижней стенки БДУ; ■ нижнебоковой; ■ нижнезадний	I 21.1
<b>Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций:</b> ■ верхушечно-боковой; ■ базально-латеральный; ■ верхнебоковой; ■ боковой (стенка) БДУ; ■ задний (истинный); ■ заднебазальный; ■ заднебоковой; ■ заднесептальный; ■ перегородочный БДУ	I 21.2
<b>Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации:</b> ■ трансмуральный инфаркт миокарда БДУ	I 21.3
<b>Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда</b> ■ нетрансмуральный инфаркт миокарда БДУ	I 21.4
<b>Острый инфаркт миокарда неуточненный</b> ■ инфаркт миокарда (острый) БДУ	I 21.9
<b>Повторный инфаркт миокарда</b>	<b>I 22</b>

Нозология	Шифр
<b>Повторный инфаркт передней стенки миокарда:</b> ■ передней стенки БДУ; ■ передневерхушечный; ■ переднебоковой; ■ переднесептальный	I 22.0
<b>Повторный инфаркт нижней стенки миокарда:</b> ■ диафрагмальной стенки; ■ нижней стенки БДУ; ■ нижнебоковой; ■ нижнезадний	I 22.1
<b>Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации:</b> ■ верхушечно-боковой; ■ базально-латеральный; ■ верхнебоковой; ■ боковой (стенка) БДУ; ■ задний (истинный); ■ заднебазальный; ■ заднебоковой; ■ заднесептальный; ■ перегородочный БДУ	I 22.8
<b>Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации</b>	I 22.9
<b>Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда</b>	I 23
<b>Гемоперикард как ближайшее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.0
<b>Дефект межпредсердной перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.1
<b>Дефект межжелудочковой перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.2
<b>Разрыв сердечной стенки без гемоперикарда как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.3
<b>Разрыв сухожильной хорды как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.4
<b>Разрыв сосочковой мышцы как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.5

Нозология	Шифр
<b>Тромбоз предсердия, ушка предсердия и желудочков сердца как текущее осложнение острого инфаркта миокарда</b>	I 23.6
<b>Другие текущие осложнения острого инфаркта миокарда</b>	I 23.8
<b>Другие формы острой ишемической болезни сердца</b>	I 24
<b>Синдром Дресслера</b>	I 24.1
<b>Хроническая ишемическая болезнь сердца</b>	I 25
<b>Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная</b>	I 25.0
<b>Атеросклеротическая болезнь сердца Коронарная(ый) артерии:</b> ■ атерома; ■ атеросклероз; ■ болезнь; ■ склероз	I 25.1
<b>Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда:</b> ■ излеченный инфаркт миокарда; ■ перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, диагностированный с помощью ЭКГ или другого специального исследования при отсутствии в настоящее время симптомов	I 25.2
<b>Аневризма сердца:</b> ■ стенки; ■ вентрикулярная	I 25.3
<b>Аневризма коронарной артерии</b>	I 25.4
<b>Ишемическая кардиомиопатия</b>	I 25.5
<b>Бессимптомная ишемия миокарда</b>	I 25.6
<b>Другие формы ишемической болезни сердца</b>	I 25.8
<b>Хроническая ишемическая болезнь сердца, неуточненная</b>	I 25.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q в области задней стенки левого желудочка (дата). Фибрилляция предсердий, постоянная форма. II класс по Киллипу. Н ПА, II ФК по NYHA.

2. ИБС. Повторный инфаркт миокарда без зубца Q, заднедиафрагмальный от 12.10.2012. Перенесенный инфаркт миокарда (2009). Желудочковая экстрасистолия I градации по Лауну. I класс по Киллипу. Н I, II ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 21.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА**  
(Вотчал Б. Е., 1964)

Характер течения	Состояние компенсации	Преимущественный патогенез	Особенности клинической картины
Острое легочное сердце: развитие в течение нескольких часов, дней	Декомпенсированное	Васкулярный. Бронхолегочный	Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Клапанный пневмоторакс, пневмомедиастинум. Бронхиальная астма, затяжной приступ. Пневмония (крупозная, мелкоочаговая сливная с большой площадью поражения)
Подострое легочное сердце: развитие в течение нескольких недель, месяцев	Компенсированное. Декомпенсированное	Васкулярный. Бронхолегочный. Торакодиафрагмальный	Повторные мелкие тромбоэмболии в системе легочной артерии (тромбы, эмболы, яйца паразитов, обломки эритроцитов при серповидно-клеточной анемии и др.). Повторные затяжные приступы бронхиальной астмы.

Характер течения	Состояние компенсации	Преимущественный патогенез	Особенности клинической картины
			Раковый лимфангит легких. Хроническая гиповентиляция центрального и периферического происхождения при ботулизме, полиомиелите, миастении и др.
Хроническое легочное сердце: развитие в течение ряда лет	Компенсированное. Декомпенсированное	Васкулярный. Бронхолегочный. Торакодиафрагмальный	Первичная легочная гипертензия. Артерииты. Повторные эмболии. Резекция легкого. Обструктивные процессы в бронхах и легких (хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких, диффузный пневмосклероз с эмфиземой). Рестриктивные процессы — фиброзы и гранулематозы. Поликистоз легких. Поражение позвоночника и грудной клетки с ее деформацией. Плевральные шварты. Ожирение

**Примечания:**

1. Диагноз легочного сердца ставится после диагноза основного заболевания. Используются только первые две графы классификации. Графы 3 и 4 даны для углубленного понимания патофизиологической сущности процесса и выбора терапевтических мероприятий.
2. Стадии недостаточности кровообращения оцениваются по общепринятой классификации.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения	I 26 – I 28
Легочная эмболия	I 26
Другие формы легочно-сердечной недостаточности	I 27
Первичная легочная гипертензия	I 27.0
<b>Легочно-сердечная недостаточность неуточненная:</b> ■ хроническая болезнь сердца легочного происхождения; ■ легочное сердце <i>cor pulmonale</i> (хроническое)	I 27.9
Другие болезни легочных сосудов	I 28

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Тромбоэмболия легочной артерии. Острое легочное сердце. Тромбофлебит глубоких вен правой голени. Н ПА, П ФК по NYHA. Шифр МКБ-10: I 26.
2. Хронический катаральный обструктивный бронхит в фазе обострения. Хроническая эмфизема легких. ДН III. Хроническое легочное сердце, декомпенсированное. Н ПБ, III ФК по NYHA. Шифр МКБ-10: I 27.9.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА (Демин А. Ал., Демин Ал. А., 1978)

**1. Этиологическая характеристика:**

- грамположительные бактерии:
  - стрептококки (зеленящий, анаэробный, энтерококк);
  - стафилококки (золотистый, белый);
- грамотрицательные бактерии:
  - кишечная палочка;
  - синегнойная палочка;
  - клебсиелла;
  - протей;
- бактериальные коалиции;
- L-формы;
- грибы (кандиды, гистоплазмы, аспергиллы);
- вирусы Коксаки.

**2. Патогенетическая фаза:**

- инфекционно-токсическая;
- иммуновоспалительная;
- дистрофическая.

**3. Степень активности:**

- высокая (Ш);
- умеренная (II);
- минимальная (I).

**4. Вариант течения:**

- острый;
- подострый;
- abortивный (выздоровление);
- хронический (рецидивирующий).

**5. Клинико-морфологическая форма:**

- первичная (на интактных клапанах);
- вторичная (при клапанных и сосудистых повреждениях).

**6. Ведущая органная патология:**

- *сердце*: инфаркт, порок, миокардит, аритмия, недостаточность;

- **сосуды:** геморрагии, васкулит, тромбоэмболия;
- **почки:** диффузный или очаговый нефрит, почечная недостаточность;
- **печень:** гепатит, цирроз;
- **селезенка:** спленомегалия, инфаркт, абсцесс;
- **легкие:** пневмония, абсцесс, инфаркт;
- **нервная система:** менингоэнцефалит, гемиплегия, абсцесс мозга.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ  
КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННОГО  
ЭНДОКАРДИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Другие болезни сердца	I 30 – I 52
Острый и подострый эндокардит	I 33
<b>Острый и подострый инфекционный эндокардит:</b>	I 33.0
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ бактериальный;</li> <li>■ инфекционный;</li> <li>■ медленно текущий;</li> <li>■ злокачественный;</li> <li>■ септический;</li> <li>■ язвенный</li> </ul>	

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Первичный стафилококковый эндокардит, острое течение, III степень активности, недостаточность аортального клапана. Н IIА, III ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 33.0.
2. Вторичный стрептококковый хронический эндокардит, III степень активности, ревматический митрально-аортальный порок. Н III, IV ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 33.0.

**КЛАССИФИКАЦИЯ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА  
(Палеев Н. Р., Гуревич М. А., 1998)**

**Миокардиты:**

- 1) инфекционно-аллергические и инфекционные;
- 2) аллергические (иммунологические);
- 3) токсико-аллергические.

**Кардиомиопатии.**

**Опухоли миокарда.**

**КЛАССИФИКАЦИЯ МИОКАРДИТОВ.  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИОКАРДИТОВ  
Клинические рекомендации**

Разработаны по поручению Минздрава России, утверждены Обществом специалистов по неотложной кардиологии и профильной комиссией по кардиологии (Москва, 2013). СОСТАВ КОМИТЕТА ЭКСПЕРТОВ ПО РАЗРАБОТКЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ. Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций. Председатель – проф. Терещенко С. Н. (г. Москва), проф. Арутюнов Г. П. (г. Москва), проф. Гиляревский С. Р. (г. Москва), д-р мед. наук Жиров И. В. (г. Москва), д-р мед. наук Зыков К. А. (г. Москва), проф. Масенко В. П. (г. Москва) и др.

**Классификация миокардитов**

- Молниеносный (фульминантный) миокардит
- Острый миокардит
- Хронический активный миокардит
- Хронический персистирующий миокардит
- Гигантоклеточный миокардит
- Эозинофильный миокардит

**Этиология миокардитов**

- Инфекционно-токсические
- Вирусные
- Бактериальные
- Токсические

- Аутоиммунные
- При системных заболеваниях соединительной ткани
- При других состояниях

#### **Патогенез миокардитов**

- Повреждающие механизмы

### **КЛАССИФИКАЦИЯ МИОКАРДИТОВ**

(Палеев Н. Р., Палеев Ф. Р., Гуревич М. А., 2007)

#### **I. Этиологическая характеристика и патогенетические варианты:**

##### *1. Инфекционно-аллергические и инфекционные:*

- вирусные (грипп, вирусы Коксаки, ЕСНО, СПИД, полиомиелит);
- инфекционные (дифтерия, скарлатина, туберкулез, брюшной тиф);
- при инфекционном эндокардите;
- спирохетозные (сифилис, возвратный тиф, лептоспироз);
- риккетсиозные (сыпной тиф, лихорадка Ку);
- паразитарные (токсоплазмоз, болезнь Чагаса, трихинеллез);
- грибковые (актиномикоз, кандидоз, кокцидиомикоз, аспергиллез и др.).

##### *2. Аллергические (иммунологические):*

- лекарственные;
- сывороточные;
- нутритивные;
- при системных заболеваниях соединительной ткани;
- при бронхиальной астме;
- при синдроме Лайелла;
- при синдроме Гудпасчера;
- ожоговые;
- трансплантационные.

##### *3. Токсико-аллергические:*

- тиреотоксические;
- уремические;
- алкогольные.

#### **II. Патогенетическая фаза:**

- инфекционно-токсическая;
- иммуноаллергическая;
- дистрофическая;
- миокардиосклеротическая.

#### **III. Морфологическая характеристика:**

- альтеративный (дистрофически некробиотический);
- экссудативно-пролиферативный (интерстициальный):
  - а) дистрофический;
  - б) воспалительно-инфильтративный;
  - в) васкулярный;
  - г) смешанный.

#### **IV. Распространенность:**

- очаговые;
- диффузные.

#### **V. По выраженности клинических проявлений:**

- малосимптомный миокардит;
- псевдокоронарный;
- декомпенсационный (острая или хроническая сердечная недостаточность);
- аритмический;
- тромбоэмболический;
- псевдоклапанный;
- смешанный.

#### **VI. По характеру течения:**

- острый;
- подострый (с нарастающей дилатацией полостей сердца и в меньшей степени гипертрофией миокарда (обычно диффузная форма));
- хронический (скрыто текущий);
- abortивный;
- рецидивирующий.

#### **VII. По вариантам течения:**

- легкое доброкачественное (обычно очаговая форма);
- средней тяжести;
- тяжелое;
- очень тяжелое.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОКАРДИТОВ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Острый миокардит</b>	<b>I 40</b>
<i>Инфекционный миокардит:</i> ■ септический миокардит	I 40.0
<i>Изолированный миокардит</i>	I 40.1
<i>Другие виды острого миокардита</i>	I 40.8
<i>Острый миокардит неуточненный</i>	I 40.9

### Примеры формулировки диагноза:

1. Вирусный очаговый миокардит, острое течение, аритмический вариант. Н ПА, П ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 40.0.
2. Постгриппозный диффузный миокардит, острый, средней степени тяжести, смешанный вариант. Н ПА, П ФК по NYHA. Шифр по МКБ-10: I 40.0.

## КЛАССИФИКАЦИЯ КАРДИОМИОПАТИЙ (основана на докладе ВОЗ, Международного общества и Союза кардиологов, 1995)

### I. Болезни миокарда, ассоциированные с сердечной дисфункцией:

1. **Дилатационная** кардиомиопатия (ДКМП):
  - А. По клиническому течению:
    - медленно прогрессирующее;
    - стабильное;
    - быстро прогрессирующее.
  - Б. По осложнениям:
    - тромбоз и тромбоэмболии в системе легочной артерии;
    - желудочковые аритмии.
2. **Гипертрофическая** кардиомиопатия (ГКМП):
  - А. По морфологическому типу:
    - гипертрофия базальных отделов межжелудочковой перегородки;

- тотальная гипертрофия межжелудочковой перегородки;
  - тотальная гипертрофия перегородки и свободной стенки левого желудочка (симметричная гипертрофия);
  - гипертрофия верхушки сердца с возможным распространением на свободную стенку желудочка и перегородку – апикальная ГКМП;
- Б. По стадии (на основании определения градиента давления между выносящим трактом левого желудочка и аортой):
- 1 стадия – градиент давления до 25 мм рт. ст.;
  - 2 стадия – градиент давления 25–35 мм рт. ст.;
  - 3 стадия – градиент давления 36–44 мм рт. ст.;
  - 4 стадия – градиент давления до 80 мм рт. ст. и выше.
- В. По степени гипертрофии миокарда (толщине стенки):
- 1 степень – умеренная гипертрофия – 15–20 мм;
  - 2 степень – гипертрофия средней степени – 21–25 мм;
  - 3 степень – выраженная гипертрофия – более 25 мм.
- Г. По гемодинамическим признакам:
- обструктивная форма;
  - необструктивная форма.
3. **Рестриктивная:**
- А. По клиническим синдромам:
    - аритмический;
    - перикардальный;
    - псевдоцирротический;
    - кальцинозный.
  4. **Аритмогенная правожелудочковая.**
- II. Неклассифицируемые кардиомиопатии.
- III. Специфические кардиомиопатии:
1. Ишемическая КМП.
  2. Клапанная КМП.
  3. Гипертоническая КМП.
  4. Воспалительная КМП.

5. Метаболические КМП:

- эндокринные;
- семейные болезни накопления и инфильтрации;
- состояния, обусловленные недостатком веществ, участвующих в метаболизме;
- амилоидные КМП.

6. КМП при системных заболеваниях (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия, дерматомиозит; инфильтративные гранулематозные заболевания: саркоидоз, лейкемия).

- 7. КМП при мышечных дистрофиях.
- 8. КМП при нейромышечных дистрофиях.
- 9. Гиперчувствительные, токсические КМП.
- 10. Перипартальные КМП.

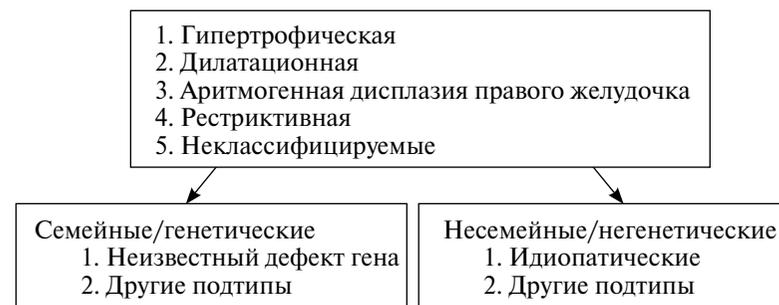
**КЛАССИФИКАЦИЯ КАРДИОМИОПАТИЙ  
(АНА, 2006)**

**1. Первичные:**

- генетические:
  - гипертрофическая (ГКМП);
  - аритмогенная дисплазия правого желудочка;
  - некомпактный миокард;
  - гликогеноз;
  - митохондриальный;
  - каналопатии;
- смешанные:
  - дилатационная (ДКМП);
  - рестриктивная негипертрофическая;
- приобретенные:
  - воспалительная;
  - стресс-индуцированная (takotsubo);
  - перипартальная;
  - кардиомиопатия, индуцированная тахикардией;
  - кардиомиопатия у детей, матери которых больны инсулинзависимым сахарным диабетом.

**2. Вторичные.**

**КЛАССИФИКАЦИЯ КАРДИОМИОПАТИЙ  
(ESC, 2007)**



**КРИТЕРИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ  
(ВОЗ)**

- Кардиомегалия (КДР > 70 мм)
- Прогрессирующая ХСН
- Нарушения ритма сердца и проводимости
- Тромбоэмболические осложнения

**Варианты течения**

- Быстро прогрессирующее (менее двух лет от начала проявления первых симптомов)
- Медленно прогрессирующее (более двух лет от начала проявления первых симптомов)
- Стабильное и даже подвергающееся обратному развитию

**Рекомендации ESC-2014 по диагностике  
и лечению гипертрофической кардиомиопатии**

*Классификация ГКМП в зависимости  
от локализации гипертрофии  
(E. D. Wigle)*

**1. Гипертрофия ЛЖ:**

- А. Асимметричная гипертрофия, в том числе:
  - гипертрофия МЖП (90 %);
  - среднежелудочковая гипертрофия (1 %);

- апикальная (верхушечная) гипертрофия (3 %);
- гипертрофия свободной латеральной или задней части МЖП (1 %).

Б. Симметрическая (концентрическая) гипертрофия (5 %).

**2. Гипертрофия правого желудочка** (редко в сочетании с гипертрофией ЛЖ) (1 %).

В зависимости от наличия или отсутствия обструкции выносящего тракта ЛЖ (ВТ ЛЖ) в покое и при нагрузке выделяют следующие варианты ГКМП:

- обструктивный (обструктивная ГКМП): градиент давления в ВТ ЛЖ > 30 мм рт. ст. с развитием субаортальной или среднежелудочковой обструкции;
- латентный (градиент давления в ВТ ЛЖ < 30 мм рт. ст. в покое и > 30 мм рт. ст. при нагрузке);
- необструктивный (градиент давления ВТ ЛЖ < 30 мм рт. ст. в покое и при нагрузке).

Выделяют пять основных вариантов течения и исходов:

1. Стабильное, доброкачественное (почти у 25 % больных бессимптомное) течение при нормальной в сравнении с общепопуляционной продолжительностью жизни (75 лет и более).
2. Фибрилляция предсердий (пароксизмальная или постоянная), ассоциированная с сердечной недостаточностью различной степени выраженности и повышенным риском тромбоэмболических осложнений, включая инсульт.
3. Прогрессирующее течение – усиление одышки, слабости, утомляемости, болевого синдрома (атипичные боли, стенокардия), появление пре- и синкопальных состояний, аритмий, прогрессирование сердечной недостаточности при сохраненной систолической функции ЛЖ и синусовом ритме или в терминальной стадии с ремоделированием ЛЖ и систолической дисфункцией.
4. «Конечная стадия» – дальнейшее прогрессирование явлений застойной сердечной недостаточности, связанной с ремоделированием и систолической дисфункцией ЛЖ.
5. Внезапная сердечная смерть – высокий риск внезапной смерти в связи непредсказуемыми желудочковыми тахикардиями, чаще у лиц молодого возраста, в отсутствие симптомов заболевания (в том числе у спортсменов).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КАРДИОМИОПАТИЙ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Кардиомиопатия</b>	<b>I 42</b>
<i>Дилатационная кардиомиопатия</i>	I 42.0
<i>Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия:</i> ■ гипертрофический субаортальный стеноз	I 42.1
<i>Другая гипертрофическая кардиомиопатия:</i> ■ необструктивная гипертрофическая кардиомиопатия	I 42.2
<i>Другая рестриктивная кардиомиопатия</i>	I 42.5
<i>Алкогольная кардиомиопатия</i>	I 42.6
<i>Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств и других внешних факторов</i>	I 42.7
<i>Другие кардиомиопатии</i>	I 42.8
<i>Кардиомиопатия неуточненная</i>	I 42.9
<b>Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>I 43</b>
<i>Кардиомиопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках:</i> ■ при дифтерии	I 43.0
<i>Кардиомиопатия при метаболических нарушениях:</i> ■ амилоидоз сердца	I 43.1
<i>Кардиомиопатия при расстройствах питания</i>	I 43.2
<i>Кардиомиопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках:</i> ■ подагрическое сердце; ■ тиреотоксическое сердце	I 43.8

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Дилатационная кардиомиопатия, медленно прогрессирующее течение, осложненная. Н ПБ, III ФК NYHA. Шифр по МКБ-10: I 42.0.
2. Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма, 2 стадия, 2 степень гипертрофии левого желудочка. Шифр по МКБ-10: I 42.1.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИКАРДИТОВ

(Гогин Е. Е., 1979, с добавлениями З. М. Волинского)

### I. По этиологии:

#### 1. Инфекционные:

- ревматические;
- туберкулезные;
- бактериальные (неспецифические — кокковые, в том числе при пневмонии, септические; специфические: брюшной тиф, дизентерия, холера, бруцеллез, сибирская язва, чума, туляремия);
- вызванные простейшими;
- грибковые;
- вирусные;
- риккетсиозные.

#### 2. Асептические перикардиты:

- аллергические;
- заболевания крови и геморрагические диатезы;
- заболевания соединительной ткани;
- злокачественные опухоли;
- травматические;
- при лучевом воздействии;
- постинфарктные, посткомиссуротомные;
- при нарушении обмена веществ (уремия, подагра);
- при лечении глюкокортикостероидами;
- гиповитаминоз С.

#### 3. Идиопатические перикардиты.

### II. По патогенезу:

1 этап — Развитие экссудативного перикардита.

2 этап — Развитие «сухого перикардита».

### III. Клинико-морфологическая классификация:

#### 1. Острый (менее 6 недель от начала заболевания):

- 1) катаральный;
- 2) сухой (фибринозный);
- 3) экссудативный (выпотной): серозный, серозно-фибринозный, геморрагический, гнойный, гнилостный, холестериновый — без или с тампонадой сердца.

#### 2. Подострый (от 6 недель до 6 месяцев от начала заболевания):

- 1) выпотной, экссудативный;
- 2) слипчивый, адгезивный;
- 3) констриктивный (сдавливающий);
- 4) констриктивно-выпотной — без или с тампонадой сердца.

#### 3. Хронический (более 6 месяцев от начала заболевания):

- выпотной, экссудативный;
- слипчивый, адгезивный;
- бессимптомный;
- с функциональными нарушениями сердечной деятельности;
- сдавливающий, констриктивный;
- сдавливающий с обызвествлением — «панцирное сердце»;
- с экстраперикардальными сращениями — без или с тампонадой сердца.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИКАРДИТОВ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Острый перикардит	I 30
Острый неспецифический идиопатический перикардит	I 30.0
Инфекционный перикардит	I 30.1
Другие формы острого перикардита	I 30.8
Острый перикардит неуточненный	I 30.9

#### Пример формулировки диагноза:

Хроническая болезнь почек, V стадия (уремическая). Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, фаза обострения. Нефрогенный отек легких. Перикардит уремический, слипчивый. Шифр по МКБ-10: N 18.5.

### КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

(ВОЗ, 1980; Мурашко В. В., Струтынский А. В., 1987)

#### А. Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла.

1. Синусовая тахикардия.
2. Синусовая брадикардия.
3. Синусовая аритмия.
4. Остановка синусового узла.
5. Асистолия предсердий.
6. Синдром слабости синусового узла.

#### Б. Эктопические комплексы или ритмы.

##### 1. Пассивные комплексы или ритмы:

1. Предсердные.
2. Из атриовентрикулярного соединения.
3. Миграция суправентрикулярного водителя ритма.
4. Из желудочков.
5. Выскакивающие сокращения.

##### II. Активные комплексы или ритмы:

1. Экстрасистолия:
  - а) предсердная;
  - б) из атриовентрикулярного соединения;
  - в) желудочковая.
2. Парасистолия.

##### III. Пароксизмальная и непароксизмальная тахикардия:

- а) предсердная;
- б) из атриовентрикулярного соединения;
- в) желудочковая.

#### В. Мерцание и трепетание.

1. Фибрилляция предсердий (ФП).
2. Трепетание предсердий (ТП).
3. Мерцание и трепетание желудочков.

#### Г. Нарушение функции проводимости.

1. Синоартикулярная блокада.
2. Внутривентрикулярная блокада.
3. Атриовентрикулярная блокада (I, II и III степени – полная).

4. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.
5. Блокады ножек пучка Гиса и ветвей левой ножки:
  - одной ветви (монофасцикулярные);
  - двух ветвей (бифасцикулярные);
  - трех ветвей (трифасцикулярные).

#### Д. Синдром преждевременного возбуждения желудочков:

- синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW);
- синдром укороченного P-Q.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ (М. Ryan и группа В. Lown, 1975)

Градация	Характеристика
I	Одиночные желудочковые мономорфные (монотопные) экстрасистолы, менее 30 за любой час мониторинга
II	Частые одиночные желудочковые мономорфные (монотопные) экстрасистолы, более 30 в 1 час
III	Полиморфные («мультиморфные», политопные) желудочковые экстрасистолы
IV	IV A – мономорфные парные ЖЭ IV B – полиморфные парные ЖЭ
V	Желудочковая тахикардия (три или больше подряд ЖЭ с частотой выше 100 в минуту)

### КЛАССИФИКАЦИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (Европейское общество кардиологов, ESC, 2012)

■ **Впервые выявленная ФП** – появившаяся впервые ФП, вне зависимости от длительности аритмии или наличия и выраженности симптомов, связанных с ФП или ее осложнениями.

■ **Пароксизмальная ФП** – возвратная и самопрекращающаяся аритмия, обычно длящаяся в пределах 48 часов, но не более 7 суток. Интервал в 48 часов представляется клинически важным, поскольку после этого низка вероятность восстановления ритма, что требует рассмотрения вопроса о назначении антикоагулянтов.

■ **Персистирующая ФП** продолжается более 7 суток или купируется кардиоверсией (медикаментозной или электрической).

■ **Длительная персистирующая ФП** длится в течение  $\geq 1$  года, когда предполагается восстановление синусового ритма.

■ **Постоянная ФП** существует длительное время и определяется в случае приверженности стратегии контроля частоты ритма, то есть наличие ФП «принимается» пациентом и врачом.

Если принимается стратегия восстановления синусового ритма, то аритмия повторно определяется как длительная персистирующая ФП.

*Примечание.* Постоянную фибрилляцию предсердий в зависимости от частоты сердечных сокращений целесообразно подразделять на:

- нормосистолическую;
- брадисистолическую;
- тахисистолическую.

#### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка (Гиса)</b>	<b>I 44</b>
<i>Предсердно-желудочковая блокада I степени</i>	I 44.0
<i>Предсердно-желудочковая блокада II степени</i>	I 44.1
<i>Предсердно-желудочковая блокада полная</i>	I 44.2
<i>Другая и неуточненная предсердно-желудочковая блокада</i>	I 44.3
<i>Блокада передней ветви левой ножки пучка</i>	I 44.4
<i>Блокада задней ветви левой ножки пучка</i>	I 44.5
<i>Другие и неуточненные блокады пучка</i>	I 44.6
<i>Блокада левой ножки пучка неуточненная</i>	I 44.7

Нозология	Шифр
<b>Другие нарушения проводимости</b>	<b>I 45</b>
<i>Блокада правой ножки пучка</i>	I 45.0
<i>Другая и неуточненная блокада правой ножки пучка</i>	I 45.1
<i>Двухпучковая блокада</i>	I 45.2
<i>Трехпучковая блокада</i>	I 45.3
<i>Неспецифическая внутрижелудочковая блокада</i>	I 45.4
<i>Другая уточненная блокада сердца</i>	I 45.5
<i>Синдром преждевременного возбуждения</i>	I 45.6
<i>Другие уточненные нарушения проводимости</i>	I 45.8
<i>Нарушение проводимости неуточненное</i>	I 45.9
<b>Остановка сердца</b>	<b>I 46</b>
<b>Пароксизмальная тахикардия</b>	<b>I 47</b>
<i>Возвратная желудочковая аритмия</i>	I 47.0
<i>Наджелудочковая тахикардия</i> <i>1) пароксизмальная тахикардия:</i>	I 47.1
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ предсердная;</li> <li>■ предсердно-желудочковая;</li> <li>■ исходящая из соединения;</li> <li>■ узловая</li> </ul>	
<i>Желудочковая тахикардия</i>	I 47.2
<b>Фибрилляция и трепетание предсердий</b>	<b>I 48</b>
<i>Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий</i>	I 48.0
<i>Постоянная форма фибрилляции предсердий</i>	I 48.1
<i>Хроническая форма фибрилляции предсердий</i>	I 48.2
<i>Типичная форма фибрилляции предсердий</i>	I 48.3
<i>Атипичная форма фибрилляции предсердий</i>	I 48.4
<i>Фибрилляция и трепетание предсердий неуточненное</i>	I 48.9
<b>Другие нарушения сердечного ритма</b>	<b>I 49</b>

Нозология	Шифр
Фибрилляция и трепетание желудочков	I 49.0
Преждевременная деполяризация предсердий:	
■ преждевременные сокращения предсердий	I 49.1
<i>Преждевременная деполяризация, исходящая из соединения</i>	I 49.2
<i>Преждевременная деполяризация желудочков</i>	I 49.3
<i>Другая и неуточненная преждевременная деполяризация:</i> ■ эктопические экстрасистолы; ■ экстрасистолы; ■ экстрасистолическая аритмия; ■ преждевременные: ● сокращения БДУ; ● сжатия	I 49.4
<i>Синдром слабости синусового узла:</i> ■ синдром тахикардии-брадикардии	I 49.5
<i>Другие уточненные нарушения сердечного ритма:</i> ■ коронарного синуса; ■ эктопические; ■ узловы	I 49.8
<i>Нарушения сердечного ритма неуточненные:</i> ■ аритмия (сердечная) БДУ	I 49.9

### КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

#### Рекомендации Европейского общества кардиологов (2010)

1. Массивная:
  - шок и/или
  - гипотония (САД < 90 мм рт. ст. или снижение  $\geq 40$  мм рт. ст. не менее 15 мин, не связанное с аритмией, гиповолемией или сепсисом).
2. Субмассивная (нормальное АД и дисфункция правого желудочка).
3. Немассивная (нормальное АД без дисфункции правого желудочка).

### КЛАССИФИКАЦИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ESC Guidelines, 2014)

По степени риска ранней смерти (смерти в стационаре или в течение 30 суток после эмболии):

- высокий риск;
- невысокий риск (промежуточный высокий, промежуточный низкий и низкий).

Риск ранней смерти	Параметры риска и очки			
	Шок или гипотония	Класс III–IV по PESI или sPESI $\geq 1$ <sup>7</sup>	Признаки дисфункции ПЖ <sup>8</sup> при визуализации <sup>9</sup>	Сердечные лабораторные биомаркеры <sup>10</sup>
Высокий	+	(+) <sup>11</sup>	+	(+)
Промежуточный	Высокий	-	+	Оба положительные
Низкий	-	+	Один или оба положительные <sup>12</sup>	
Низкий	-	-	Оценка необязательна; если оцениваются, оба отрицательные	

<sup>7</sup> Класс III–V по PESI указывает на умеренный – очень высокий риск 30-дневной смерти, sPESI  $\geq 1$  очка указывает на высокий риск 30-дневной смерти.

<sup>8</sup> ЛЭ – легочная эмболия, ПЖ – правый желудочек.

<sup>9</sup> Эхокардиографические критерии дисфункции ПЖ включают дилатацию ПЖ и/или повышение конечно-диастолического соотношения ПЖ/ЛЖ-диаметров (в большинстве исследований порогом было значение 0,9 или 1,0), гипокинез свободной стенки ПЖ, увеличенная скорость струи трикуспидальной регургитации, либо комбинация этого. При КТ-ангиографии (четырёхкамерная визуализация сердца) дисфункция ПЖ определяется как повышенное отношение диаметров ПЖ/ЛЖ (с порогом 0,9 или 1,0).

<sup>10</sup> Маркеры повреждения миокарда (например, повышенный тропонин I или T в плазме) или сердечная недостаточность как результат дисфункции (правого) желудочка (повышение натрий-уретических пептидов плазмы).

<sup>11</sup> Ни подсчет по PESI (или sPESI), ни лабораторное тестирование не считаются необходимыми у пациентов с гипотонией или шоком.

<sup>12</sup> Пациенты с PESI класса I–II или sPESI 0 и повышенным уровнем биомаркеров или с признаками дисфункции ПЖ по данным визуализации также классифицируются в группу промежуточного – низкого риска. Это может относиться к ситуациям, в которых визуализация или тесты биомаркеров становятся доступны до подсчета клинического индекса тяжести.

**Оригинальная шкала PESI  
(Pulmonary Embolism Severity Index)**

Параметр	Баллы
Возраст	В годах
Мужской пол	+10
Рак	+30
Хроническая сердечная недостаточность	+10
Хронические заболевания легких	+10
Частота пульса $\geq 110$ в минуту	+20
Систолическое артериальное давление	+30
Частота дыхания $> 30$ в минуту	+20
Температура $< 36$ °C	+20
Нарушенное сознание	+60
Насыщение оксигемоглобином крови $< 90$ %	+20

**Уровни риска 30-дневной смерти**

Класс	Баллов	Риск	%
I	$< 65$	очень низкий	0–1,6
II	66–85	низкий	1,7–3,5
III	86–105	умеренный	3,2–7,1
IV	106–125	высокий риск	4,0–11,4
V	$> 125$	очень высокий риск	10,0–24,5

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ТЭЛА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Легочная эмболия	I 26
1) с упоминанием об остром легочном сердце: ■ острое легочное сердце БДУ	I 26.0
2) без упоминания об остром легочном сердце: ■ легочная эмболия БДУ	I 26.9

**Пример формулировки диагноза:**

ТЭЛА, промежуточный высокий риск (дата). Н ПА, П ФК по  
НУНА. Шифр по МКБ-10: I 26.9.

**КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

(Стражеско Н. Д., Василенко В. Х., Ланг Г. Ф., 1936)

**1. Острая недостаточность кровообращения:**

- острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс, шок);
- острая сердечная недостаточность – ОСН (левожелудочковая, правожелудочковая, тотальная).

**2. Хроническая недостаточность кровообращения:**

- хроническая сосудистая недостаточность;
- хроническая сердечная недостаточность (ХСН):  
I стадия (Н I);  
II стадия (Н II):  
1 период А (Н ПА);  
2 период Б (Н ПБ);  
III стадия (Н III).

**КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ  
ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
(ВНОК, 2006)**

Клиническое состояние	ЧСС	САД, мм рт. ст.	СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	ДЗЛА, мм рт. ст.	Killip/Forrester	Диурез	Гиперфузия
I. Острая декомпенсированная ХСН	+/- Воз-можна тахи-кардия	Норма/повышено	Норма/повышен	Слегка повышено	II/II	+	+/-
II. ОСН с АГ (гипертонический криз)	Обычно повышена Воз-можна тахи-кардия	Высокое	+/-	$> 18$	II–IV/ II–III	+/-	+/-

Клиническое состояние	ЧСС	САД, мм рт. ст.	СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	ДЗЛА, мм рт. ст.	Killip/Forrester	Диурез	Гипо-перфузия
III. ОСН с отеком легких	+ тахикардия	Норма	Низкий	Повышено	III/II	+	+/-
IVa. Низкий СВ или кардиогенный шок <sup>13</sup>	+ тахикардия	Норма	< 2,2	> 16	III-IV/I-III	Низкий	+
IVb. Тяжелый кардиогенный шок	> 90	< 90	< 1,8	> 18	IV/IV	Очень низкий	++
V. ОСН с высоким СВ	+	Тахикардия +/-	+	+/-	II/I-II	+	-
VI. Правожелудочковая ОСН	Обычно низкая. Возможна брадикардия	Низкое	Низкий	Низкий	-/I	+/-	+/-, острое начало

**Комментарии:**

1. ОСН, декомпенсированная (впервые возникшая, декомпенсация ХСН) – мало выраженные симптомы ОСН, не соответствующие критериям кардиогенного шока, отека легких или гипертонического криза.
2. Гипертензивная ОСН – симптомы ОСН у больных с относительно сохранной функцией ЛЖ в сочетании с высоким АД и рентгенологической картиной венозного застоя в легких или отека легких.

<sup>13</sup> Отличие синдрома низкого СВ от кардиогенного шока субъективно, при оценке конкретного больного эти пункты классификации могут частично совпадать.

3. Отек легких (подтвержденный при рентгенографии грудной клетки) – тяжелый респираторный дистресс с влажными хрипами в легких, ортопноэ и, как правило, насыщением артериальной крови кислородом < 90 % при дыхании комнатным воздухом до начала лечения.
4. Кардиогенный шок – клинический синдром, характеризующийся гипоперфузией тканей из-за СН, которая сохраняется после коррекции преднагрузки. Обычно наблюдается артериальная гипотония (САД < 90 мм рт. ст. или снижение АДср > 30 мм рт. ст.) и/или снижение скорости диуреза < 0,5 мл/кг/час. Симптоматика может быть связана с наличием бради- или тахикардий, а также выраженной сократительной дисфункцией ЛЖ (истинный кардиогенный шок). В последнем случае ЧСС обычно > 60 уд/мин и нет тяжелых тахикардий. Наличие застоя в тканях возможно, но не обязательно. Синдром низкого сердечного выброса (СВ) и кардиогенный шок – различные стадии одного процесса.
5. СН с высоким сердечным выбросом – симптомы ОСН у больных с высоким СВ, обычно в сочетании с тахикардией, теплыми кожными покровами и конечностями, застоем в легких и иногда низким АД (септический шок).
6. Недостаточность ПЖ – синдром низкого СВ в сочетании с повышенным давлением в яремных венах, увеличением печени и артериальной гипотонией.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО NYHA (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов, 1995)**

Функциональный класс	Определение	Терминология
I	Больные с заболеванием сердца, но без ограниченной физической активности	Бессимптомная дисфункция левого желудочка

Функциональный класс	Определение	Терминология
II	Больные с заболеванием сердца, вызывающим небольшое ограничение физической активности	Легкая сердечная недостаточность
III	Больные с заболеванием сердца, вызывающим значительное ограничение физической активности	Средней степени тяжести сердечная недостаточность
IV	Больные с заболеванием сердца, у которых выполнение даже минимальной физической нагрузки вызывает дискомфорт	Тяжелая сердечная недостаточность

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**  
(Общество специалистов сердечной недостаточности, 2002)

Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение)	Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и в другую сторону)
<b>I. Начальная стадия</b> заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция левого желудочка.	<b>I ФК.</b> Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение)	Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и в другую сторону)
<b>IIА. Клинически выраженная стадия</b> заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.	<b>II ФК.</b> Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.
<b>IIБ. Тяжелая стадия</b> заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.	<b>III ФК.</b> Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.
<b>III. Конечная стадия</b> поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования сердца и сосудов.	<b>IV ФК.</b> Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.

Для определения стадии ХСН, как это было в классификации В. Х. Василенко и Н. Д. Стражеско, так же как и для определения ФК ХСН, как это принято в классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), специальных процедур и исследований (например, велоэргометрии) не требуется. Для объективизации ФК ХСН используются тест 6-минутной ходьбы и ШОКС (шкала оценки клинического состояния в модификации В. Ю. Мареева).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
(МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Сердечная недостаточность</b>	<b>I 50</b>
<b>Застойная сердечная недостаточность:</b> ■ болезнь сердца застойного характера; ■ правожелудочковая недостаточность (вторичная по отношению к левожелудочковой сердечной недостаточности)	I 50.0
<b>Левожелудочковая недостаточность:</b> ■ острый отек легкого <sup>14</sup> ; ■ сердечная астма; ■ левосторонняя сердечная недостаточность	I 50.1
<b>Сердечная недостаточность неуточненная:</b> ■ недостаточность обоих желудочков; ■ сердечная или миокардиальная недостаточность	I 50.9

**Примеры формулировки диагноза:**

Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» завершает формулировку клинического диагноза кардиологического пациента, обозначается общепринятой буквой «Н»:

1. Н ПБ стадии, II ФК.
2. Н ПА стадии, IV ФК.

<sup>14</sup> С упоминанием о болезни сердца БДУ или сердечной недостаточности.

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**  
*Шифр МКБ-10: класс X; рубрики J 00 – J 99*

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИИ**  
(Чучалин А. Г., 2007)

**1. По формам и срокам возникновения:**

- Внебольничная:
  - типичная;
  - атипичная (микоплазменная, хламидийная и легионеллезная).
- Внутрибольничная (госпитальная):
  - нозокомиальная;
  - вентилятороассоциированная.
- Пневмонии у пациентов, находящихся на содержании в домах престарелых.
- Пневмония у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета:
  - первичные иммунодефициты (генетически детерминированные);
  - вторичные иммунодефициты (ВИЧ-инфекция; ятрогенная иммунодепрессия).
- Вторичные пневмонии:
  - аспирационная;
  - гипостатическая;
  - ателектатическая;
  - септическая.

**2. По этиологическому фактору:**

- Бактериальная (вызванная *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus spp.* и др.).
- Вирусная (гриппозная, коревая и др.).
- Атипичные возбудители: микоплазменная, хламидийная и легионеллезная.
- Вызванная другими возбудителями:

- грибковыми (*Candida albicans*, *Aspergillus*, *Pneumocystis jirovecii*);
- простейшими;
- гельминтами.

- Смешанная (чаще вирусно-бактериальная).
- Неуточненной этиологии.

### 3. По степени тяжести:

- Легкой степени тяжести.
- Средней тяжести.
- Тяжелая.

### 4. Локализация:

- Правое или левое легкое:
  - очаговая (в пределах ацинуса и доли);
  - сегментарная, полисегментарная (в пределах одного или нескольких сегментов);
  - долевая (в пределах одной доли).
- Двустороннее поражение.
- Тотальная, субтотальная.

### 5. Наличие осложнений:

- Неосложненная.
- Осложненная:
  - легочные осложнения:
    - ▼ дыхательная недостаточность (ДН): I, II, III, IV степени;
    - ▼ плеврит;
    - ▼ эмпиема плевры;
    - ▼ абсцесс и гангрена легкого;
    - ▼ множественная деструкция легкого и др.;
  - нелегочные осложнения:
    - ▼ инфекционно-токсический шок;
    - ▼ миокардит, эндокардит, перикардит;
    - ▼ сепсис (септицемия, бактериемия);
    - ▼ менингит, менингоэнцефалит;
    - ▼ инфекционно-токсическая нефропатия, гепатит, острое легочное сердце и др.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках	J 12
<i>Аденовирусная пневмония</i>	J 12.0
<i>Пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом</i>	J 12.1
<i>Пневмония, вызванная вирусом парагриппа</i>	J 12.2
<i>Другая вирусная пневмония</i>	J 12.8
<i>Вирусная пневмония неуточненная</i>	J 12.9
Пневмония, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i>	J 13
Пневмония, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> (палочкой Афанасьева-Пфейффера)	J 14
Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках	J 15
<i>Пневмония, вызванная Klebsiella pneumoniae</i>	J 15.0
<i>Пневмония, вызванная Pseudomonas (синегнойной палочкой)</i>	J 15.1
<i>Пневмония, вызванная стафилококком</i>	J 15.2
<i>Пневмония, вызванная стрептококком группы В</i>	J 15.3
<i>Пневмония, вызванная другими стрептококками</i>	J 15.4
<i>Пневмония, вызванная Escherichia coli</i>	J 15.5
<i>Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями</i>	J 15.6
<i>Пневмония, вызванная Mycoplasma pneumoniae</i>	J 15.7
<i>Другие бактериальные пневмонии</i>	J 15.8

Нозология	Шифр
<i>Бактериальная пневмония неуточненная</i>	J 15.9
<b>Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках</b>	<b>J 16</b>
<i>Пневмония, вызванная хламидиями</i>	J 16.0
<i>Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами</i>	J 16.8
<b>Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>J 17</b>
<i>Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ актиномикозе;</li> <li>■ сибирской язве;</li> <li>■ гонорее;</li> <li>■ нокардиозе;</li> <li>■ сальмонеллезе;</li> <li>■ туляремии;</li> <li>■ брюшном тифе;</li> <li>■ коклюше</li> </ul>	J 17.0
<i>Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ цитомегаловирусной болезни;</li> <li>■ кори;</li> <li>■ краснухе;</li> <li>■ ветряной оспе</li> </ul>	J 17.1
<i>Пневмония при микозах:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ аспергиллезе;</li> <li>■ кандидозе;</li> <li>■ кокцидиодомикозе;</li> <li>■ гистоплазмозе</li> </ul>	J 17.2

Нозология	Шифр
<i>Пневмония при паразитарных болезнях:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ аскаридозе;</li> <li>■ шистосомозе;</li> <li>■ токсоплазмозе</li> </ul>	J 17.3
<i>Пневмония при других болезнях, классифицированных в других рубриках:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ орнитозе;</li> <li>■ лихорадке Ку;</li> <li>■ ревматической лихорадке;</li> <li>■ спирохетозе, не классифицированная в других рубриках</li> </ul>	J 17.8
<b>Пневмония без уточнения возбудителя</b>	<b>J 18</b>
<i>Бронхопневмония неуточненная</i>	J 18.0
<i>Долевая пневмония неуточненная</i>	J 18.1
<i>Гипостатическая пневмония неуточненная</i>	J 18.2
<i>Другая пневмония, возбудитель не уточнен</i>	J 18.8
<i>Пневмония неуточненная</i>	J 18.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Внебольничная пневмония, бактериальная неуточненная, нижней доли правого легкого, средней степени тяжести. ДН II. Шифр МКБ-10: J 15.9.
2. Внебольничная пневмококковая пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, тяжелого течения. ДН III. Инфекционно-токсический шок. Правосторонний экссудативный плеврит. Инфекционно-токсическая нефропатия. Шифр МКБ-10: J 13.
3. Внебольничная пневмония, неуточненной этиологии, с локализацией в VII сегменте левого легкого, среднетяжелое течение, ДН I. Шифр МКБ-10: J 15.9.

4. Госпитальная пневмония, вызванная гемофильной палочкой, с локализацией в нижней доле левого легкого, тяжелое течение, ДН III. Шифр МКБ-10: J 14.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА

#### 1. По этиологии:

- инфекционного происхождения (вирусного, бактериального, вирусно-бактериального);
- неинфекционного происхождения (химические и физические вредные факторы, аллергены);
- смешанного происхождения (сочетание инфекции и действия физико-химических факторов);
- неуточненной этиологии.

#### 2. По патогенезу:

- первичный;
- вторичный;
- при поражении других органов;
- уремический;
- застойный.

#### 3. По локализации:

- поражение крупных, средних бронхов;
- поражение бронхов мелкого калибра;
- бронхиолиты.

#### 4. По характеру воспалительного процесса:

- катаральный;
- гнойный;
- катарально-гнойный;
- атрофический.

#### 5. По функциональному признаку:

- необструктивный;
- обструктивный.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО БРОНХИТА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Острый бронхит</b> <i>Острый и подострый:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ с БДУ у лиц моложе 15 лет;</li> <li>■ с бронхоспазмом;</li> <li>■ фибринозный;</li> <li>■ пленчатый;</li> <li>■ гнойный;</li> <li>■ септический;</li> <li>■ с трахеитом</li> </ul> <i>Трахеобронхит острый</i>	J 20
<b>Острый бронхиолит</b>	J 21
<i>Острый бронхиолит, вызванный метапневмовирусом человека</i>	J 21.1

#### Примеры формулировки диагноза:

1. Острый катаральный необструктивный бронхит вирусной этиологии, с преимущественным поражением крупных и средних бронхов. Шифр МКБ-10: J 20.
2. Острый гнойный обструктивный бронхит неуточненной этиологии, затяжное течение. Шифр МКБ-10: J 20.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

#### 1. По патогенезу<sup>15</sup>:

- первичный;
- вторичный.

#### 2. По функциональной характеристике:

- необструктивный (простой);
- обструктивный.

<sup>15</sup> При формулировке диагноза классификация по патогенезу не учитывается, но при возможности следует расшифровывать инфекционную природу фазы обострения; это важно для более целенаправленной химиотерапии.

**3. По характеру воспаления:**

- катаральный;
- гнойный.

**4. По фазе заболевания:**

- обострение;
- ремиссия.

**5. По этиологии:**

- от воздействия физико-химических факторов;
- пылевой;
- инфекционный;
- аллергический;
- смешанный;
- неуточненной природы.

**6. По уровню преимущественного поражения:**

- крупных бронхов (проксимальный бронхит);
- мелких бронхов (дистальный бронхит).

**7. Осложнения:**

- кровохарканье;
- эмфизема легких;
- бронхоэктазы;
- дыхательная недостаточность;
- легочное сердце.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Хронические болезни нижних дыхательных путей	J 40 – J 47
Бронхит, не уточненный как острый или хронический	J 40
Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит	J 41
<i>Простой хронический бронхит</i>	J 41.0
<i>Слизисто-гнойный хронический бронхит</i>	J 41.1

Нозология	Шифр
<i>Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит</i>	J 41.8
Хронический бронхит неуточненный	J 42

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический катаральный необструктивный бронхит, в фазе обострения.
2. Хронический гнойный обструктивный бронхит стафилококковой этиологии, в фазе обострения. Хроническая эмфизема легких. ДН П. Хроническое легочное сердце, компенсированное.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) (согласно Федеральным клиническим рекомендациям 2013 года, международным руководствам GOLD 2011, 2014 годов)**

**I. Нозологические формы:**

- хронический обструктивный бронхит;
- бронхиальная астма тяжелого течения;
- эмфизема легких.

**II. Вариант (фенотип) заболевания:**

- эмфизематозный;
- бронхитический;
- смешанный.

**Клинико-лабораторные признаки двух основных фенотипов ХОБЛ**

Признаки	Преимущественно эмфизематозный тип («розовый пытельщик»)	Преимущественно бронхитический тип («синий отечник»)
Возраст (лет) на момент диагностики ХОБЛ	Около 60	Около 50

Признаки	Преимущественно эмфизематозный тип («розовый пыхтельщик»)	Преимущественно бронхитический тип («синий отечник»)
Особенности внешнего вида	Сниженное питание Розовый цвет лица Конечности – холодные	Повышенное питание Диффузный цианоз Конечности – теплые
Преобладающий симптом	Одышка	Кашель
Мокрота	Скудная – чаще слизистая	Обильная – чаще слизисто-гнойная
Бронхиальная инфекция	Нечасто	Часто
Легочное сердце	Редко, лишь в терминальной стадии	Часто
Рентгенография органов грудной клетки	Гиперинфляция, буллезные изменения, «вертикальное» сердце	Усиление легочного рисунка, увеличение размеров сердца
Гематокрит, %	35–45	50–55
PaO <sub>2</sub>	65–75	45–60
PaCO <sub>2</sub>	35–40	50–60
Диффузионная способность	Снижена	Норма, небольшое снижение

### III. Стадии (степень тяжести):

- Стадия I (легкое течение ХОБЛ):
  - обструктивные нарушения – отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких менее 70 %, ОФВ1 более 80 % от должных величин;
  - обычно, но не всегда, хронический кашель и продукция мокроты.

- Стадия II (ХОБЛ среднетяжелого течения):
  - одышка при физической нагрузке, кашель, хрипы, обострения заболевания;
  - ОФВ1 больше 50 %, но меньше 80 % от должных величин, отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких менее 70 %.
- Стадия III (тяжелое течение ХОБЛ):
  - выражено ограничение воздушного потока (отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких менее 70 %, ОФВ1 больше 30 %, но меньше 50 % от должных величин);
  - нарастание одышки, частые обострения.
- Стадия IV (крайне тяжелое течение ХОБЛ):
  - инвалидизирующее течение, качество жизни значительно снижено, обострения могут быть угрожающими для жизни, развитие легочного сердца;
  - крайне тяжелая бронхиальная обструкция (отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких менее 70 %, ОФВ1 меньше 30 % от должных величин или ОФВ1 меньше 50 % от должных величин при наличии дыхательной недостаточности);
  - дыхательная недостаточность: PaO<sub>2</sub> менее 8,0 кПа (60 мм рт. ст.) или сатурация кислородом менее 88 % в сочетании (или без) PaCO<sub>2</sub> более 6,0 кПа (45 мм рт. ст.).

### Спирометрическая классификация ХОБЛ

Стадия ХОБЛ	Степень тяжести	ОФВ1/ФЖЕЛ	ОФВ1, % от должного
I	Легкая	< 0,7 (70 %)	ОФВ1 ≥ 80 %
II	Среднетяжелая	< 0,7 (70 %)	50 % ≤ ОФВ1 < 80 %
III	Тяжелая	< 0,7 (70 %)	30 % ≤ ОФВ1 < 50 %
IV	Крайне тяжелая	< 0,7 (70 %)	ОФВ1 < 30 % или < 50 % в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

В GOLD 2011 года была представлена новая классификация степеней тяжести ХОБЛ, в которой учитывались частота обострений, выраженность клинических проявлений ХОБЛ (по интегральной оценке симптомов – шкала MRC и тест САТ), а также коморбидные и сопутствующие заболевания, спирометрические показатели (ОФВ1).

Для определения степени тяжести и прогноза заболевания широко используется вопросник Британского медицинского совета (MRC), позволяющий определить выраженность наиболее важного симптома ХОБЛ – одышку.

**Оценка одышки по шкале  
Medical Research Council Scale (MRC)  
Dyspnea Scale**

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке
1	Легкая	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму
2	Средняя	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе
3	Тяжелая	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности
4	Очень тяжелая	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дома, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь

**Оценочный тест ХОБЛ для пациентов (САТ)**

В каждом пункте, приведенном ниже, поставьте отметку (X) в квадратике, наиболее точно отражающем Ваше самочувствие на данный момент. Убедитесь в том, что Вы выбрали только один ответ на каждый вопрос.

Я никогда не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я постоянно кашляю
У меня в легких совсем нет мокроты (слизи)	0	1	2	3	4	5	Мои легкие наполнены мокротой (слизью)
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	0	1	2	3	4	5	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, у меня нет одышки	0	1	2	3	4	5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на один лестничный пролет, возникает сильная одышка
Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	0	1	2	3	4	5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена
Несмотря на мое заболевание легких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома
Я сплю очень хорошо	0	1	2	3	4	5	Из-за моего заболевания легких я сплю очень плохо

У меня много энергии	0	1	2	3	4	5	У меня совсем нет энергии
----------------------	---	---	---	---	---	---	---------------------------

0–10 баллов – незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациента.

11–20 баллов – умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациента.

21–30 баллов – сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента.

31–40 баллов – чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента.

**Классификация ХОБЛ согласно GOLD (2011 года)  
на основе интегральной оценки симптомов,  
спирометрической классификации  
и риска развития осложнений**

Группа больных	Характеристика	Спирометрическая классификация	Число обострений за год	mMRC-шкала одышки	CAT-тест оценки ХОБЛ
A	Низкий риск. Мало симптомов	GOLD 1–2	≤ 1	0–1	< 10
B	Низкий риск. Много симптомов	GOLD 1–2	≤ 1	> 2	≥ 10
C	Высокий риск. Мало симптомов	GOLD 3–4	> 2	0–1	< 10
D	Высокий риск. Много симптомов	GOLD 3–4	> 2	> 2	≥ 10

При оценке степени риска рекомендуется выбирать высшую степень в соответствии с ограничением скорости воздушного потока по классификации GOLD или с частотой обострений в анамнезе.

В новой редакции GOLD 2013 года добавлено положение о том, что при наличии у пациента в предыдущем году даже одного обострения, приведшего к госпитализации (то есть тяжелого обострения), больного необходимо относить к группе высокого риска.

Соответственно, этим категориям может быть сформулирован диагноз, отражающий следующие параметры:

- 1) низкий/высокий индекс симптомов;
- 2) низкий/высокий риск обострений;
- 3) степень нарушения бронхиальной проходимости (I–II, III–IV);
- 4) имеющиеся сопутствующие заболевания.

**I. Фаза процесса:**

- обострение;
- стабильная (ремиссия).

**II. Осложнения:**

- дыхательная недостаточность;
- легочное сердце.

Таким образом, диагноз ХОБЛ может выглядеть следующим образом:

«Хроническая обструктивная болезнь легких...» и далее следует оценка:

- степени тяжести (I–IV) нарушения бронхиальной проходимости;
- выраженности клинических симптомов:
  - выраженные (CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, CCQ ≥ 1);
  - невыраженные (CAT < 10, mMRC < 2, CCQ < 1);
- частоты обострений: редкие (0–1), частые (≥ 2);
- фенотипа ХОБЛ (если это возможно);
- сопутствующих заболеваний.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХОБЛ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Другая хроническая обструктивная легочная болезнь</b> Включены: хронический(ая): <ul style="list-style-type: none"> <li>■ бронхит:               <ul style="list-style-type: none"> <li>● астматический (обструктивный);</li> <li>● эмфизематозный;</li> <li>● с закупоркой дыхательных путей;</li> <li>● с эмфиземой;</li> </ul> </li> <li>■ обструктивная(ый):               <ul style="list-style-type: none"> <li>● астма;</li> <li>● бронхит;</li> <li>● трахеобронхит</li> </ul> </li> </ul>	<b>J 44</b>

#### Примеры формулировки диагноза:

1. ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь легких, преимущественно бронхитический тип, среднетяжелое течение (стадия II), ремиссия. ДН II, хроническое легочное сердце в стадии компенсации. НПА, II ФК по NYHA. Шифр МКБ-10: J 44.8.
2. ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип, среднетяжелое течение (стадия II), обострение, ДН II, очаговый пневмосклероз в нижней доле левого легкого. Хроническое легочное сердце, декомпенсированное. НПБ, III ФК по NYHA. Шифр МКБ-10: J 44.8.

### КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (в редакции Чучалина А. Г. и соавт., 2007, международное руководство GINA, 2014)

#### А. По форме заболевания, причиненному агенту:

- Аллергическая.
- Неаллергическая.
- Профессиональная.
- Аспириновая.

#### Б. По степени тяжести заболевания:

##### ■ Интермиттирующая:

- симптомы реже 1 раза в неделю;
- обострения кратковременные;
- ночные симптомы < 2 раз в месяц;
- ОФВ1 или ПСВ > 80 % от должных;
- вариабельность ПСВ или ОФВ1 < 20 %.

##### ■ Легкая персистирующая:

- симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день;
- обострения могут нарушать активность и сон;
- ночные симптомы > 2 раз в месяц;
- ОФВ1 или ПСВ > 80 % от должных;
- вариабельность ПСВ или ОФВ1 < 20–30 %.

##### ■ Среднетяжелая персистирующая:

- симптомы ежедневно;
- обострения могут нарушать активность и сон;
- ночные симптомы > 1 раза в неделю;
- ежедневное использование ингаляционных  $\beta_2$ -агонистов короткого действия;
- ОФВ1 или ПСВ 60–80 % от должных;
- вариабельность ПСВ или ОФВ1 > 30 %.

##### ■ Тяжелая персистирующая:

- симптомы ежедневно;
- частые обострения;
- частые ночные симптомы бронхиальной астмы;
- ограничение физической активности;
- ОФВ1 или ПСВ < 60 % от должных;
- вариабельность ПСВ или ОФВ1 > 30 %.

#### В. По уровню контроля:

Оценка текущего клинического контроля проводится, предпочтительно, в течение 4 нед.

Характеристики	Контролируемая БА (всё перечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление в течение 1 нед.)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Нет (< 2 в неделю)	> 2 в неделю	Наличие 3 или более признаков частично контролируемой БА в течение любой недели
Ограничение активности	Нет (< 2 в неделю)	Есть – любой выраженности	
Ночные симптомы/ пробуждения	Нет	Есть – любой выраженности	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Нет (< 2 в неделю)	> 2 в неделю	
Показатели функции легких (ПСВ или ОФВ1)	Норма	< 80 % от должного (или от наилучшего показателя для данного пациента, если такой показатель известен)	
Обострения	Нет	1 или более в год	1 в течение любой недели

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Астма</b>	<b>J 45</b>
<i>Астма с преобладанием аллергического компонента:</i> ■ аллергический: • бронхит; • ринит с астмой <i>Атопическая астма</i> <i>Экзогенная аллергическая астма</i> <i>Сенная лихорадка с астмой</i>	J 45.0
<i>Неаллергическая астма:</i> ■ диосинкратическая астма; ■ эндогенная неаллергическая астма; ■ медикаментозная неаллергическая (например, аспириновая)	J 45.1
<i>Смешанная астма</i>	J 45.8
<i>Астма неуточненная:</i> ■ астматический бронхит; ■ поздно начавшаяся астма	J 45.9
<b>Астматическое состояние (status astmaticus)</b> <b>Острая тяжелая астма</b>	<b>J 46</b>

*Примеры формулировки диагноза:*

1. Бронхиальная астма, аллергическая, среднетяжелое контролируемое течение, ДН 0 стадии. Хронический аллергический ринит, персистирующее течение. Сенсibilизация к бытовым аллергенам. Шифр МКБ-10: J 45.0.
2. Бронхиальная астма, неаллергическая, тяжелое неконтролируемое течение. ДН II. Диффузный пневмосклероз. Шифр МКБ-10: J 45.1.

## КЛАССИФИКАЦИЯ САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

### I. Основные формы:

- саркоидоз легких;
- саркоидоз лимфатических узлов;
- саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов;
- саркоидоз кожи;
- саркоидоз других уточненных и комбинированных локализаций (иридоциклит при саркоидозе; множественные параличи черепных нервов при саркоидозе; саркоидозные: артропатия, миокардит, миозит);
- саркоидоз неуточненный.

### II. Клинические стадии заболевания:

- Первой стадией считается активное образование гранулем и появление новых очагов поражений. В этот промежуток времени поставить окончательный диагноз сложно. У пациентов начинают один за другим появляться первые острые симптомы болезни.
- На второй стадии наступает ремиссия, когда новых гранулем почти не образуется, а рост старых замедляется. На этом этапе гранулемы уже сформировались, и их биопсия помогает установить правильный диагноз. Симптомы обычно не исчезают, но состояние больного и не ухудшается. Появление новых жалоб в данный период не характерно.
- На третьей стадии идет стабильное течение болезни, когда гранулемы в различных органах и системах могут постепенно увеличиваться. В них наблюдаются очаги некроза, что ведет к некоторому ухудшению состояния пациента. Развитие болезни происходит очень медленно, но остановить его полностью обычно не удается. Нередко наблюдается появление симптомов со стороны других органов и систем, которые ранее были здоровы.

### III. По течению заболевания:

- острый;
- подострый;
- хронический.

### IV. Стадии по внутригрудным рентгенологическим изменениям.

С 1999 года международным медицинским сообществом принята обновленная классификация, основанная на внутригрудных рентгенологических изменениях [3, 4].

Стадия	Рентгенологическая картина	Частота, %
0	Нет изменений на рентгенограмме органов грудной клетки	5
I	Лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов; паренхима легких не изменена	50
II	Лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов; патологические изменения паренхимы легких	30
III	Патология легочной паренхимы без лимфаденопатии внутригрудных лимфатических узлов	15
IV	Необратимый фиброз легких	20

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) саркоидоз представлен следующим образом:

D 50 – D 89 КЛАСС III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм  
 D 86 Саркоидоз  
 D 86.0 Саркоидоз легких  
 D 86.1 Саркоидоз лимфатических узлов  
 D 86.2 Саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов

D 86.3 Саркоидоз кожи  
 D 86.8 Саркоидоз других уточненных и комбинированных локализаций  
 Иридоциклит при саркоидозе + (H 22.1<sup>16</sup>)  
 Множественные параличи черепных нервов при саркоидозе + (G 53.2)  
 Саркоидная(ый):  
 ■ артропатия + (M 14.8);  
 ■ миокардит + (I 41.8);  
 ■ миозит + (M 63.3)  
 D 86.9 Саркоидоз неуточненный

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов, подострый, стадия II. ДН II. Шифр МКБ-10: D 86.
2. Саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов, хронический, стадия III. ДН II. Шифр МКБ-10: D 86.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛЕВРИТОВ  
 (Чучалин А. Г., 2007)**

**I. По этиологии:**

1. Инфекционные (микобактерии туберкулеза, пневмококк, стафилококк, грамотрицательные палочки и др.).
2. Асептические (опухоли, системные заболевания, травмы, аутоимунный, уремический, при тромбозах легочной артерии, холестеринные).
3. Неуточненной этиологии (идиопатический).

**II. По характеру воспаления:**

1. Сухой (фибринозный).
2. Экссудативный (выпотной).
3. Гнойный (эмпиема плевры).

<sup>16</sup> При формулировке диагноза при асептических плевритах необходимо указать основное заболевание.

**III. По характеру экссудата:**

1. Фибринозные.
2. Серозно-фибринозные.
3. Серозные.
4. Гнойные.
5. Гнилостные.
6. Геморрагические.
7. Эозинофильные.
8. Холестериновые.
9. Хилезные.

**IV. По фазе течения:**

1. Острые (в диагнозе специально не оговаривается).
2. Хронические или рецидивирующие: обострение, ремиссия.

**V. По распространенности:**

1. Диффузные (жидкость свободно растекается в плевральной полости).
2. Осумкованные (единичный или множественный), когда жидкость скапливается на ограниченном участке плевральной полости, что обусловлено анатомическими особенностями или наличием плевральных спаек):  
 а) апикальные;  
 б) паракостальные;  
 в) костодиафрагмальные;  
 г) диафрагмальные (базальные);  
 д) парамедиастинальные;  
 е) междолевые (интерлобарные).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛЕВРИТОВ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Другие болезни плевры	J 90 – J 94
Плевральный выпот, не классифицируемый в других рубриках	J 90

Нозология	Шифр
Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках	J 91
Пневмоторакс	J 93
Другие поражения плевры	J 94
<i>Хилусный выпот</i>	J 94.0
<i>Фиброторакс</i>	J 94.1
<i>Гемоторакс</i>	J 94.2
<i>Другие уточненные плевральные состояния</i>	J 94.8
<i>Плевральное поражение неуточненное</i>	J 94.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Экссудативный плеврит, правосторонний, туберкулезной этиологии, серозно-фибринозный. Шифр МКБ-10: J 90.
2. Внебольничная бактериальная пневмония, пневмококковой этиологии, с локализацией в нижней доле правого легкого, тяжелое течение. Экссудативный правосторонний плеврит, серозно-фибринозный. Шифр МКБ-10: J 90.

**КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЛЕГКОГО****1. Центральный (прикорневой) рак:**

- эндобронхиальный;
- перибронхиальный узловой;
- разветвленный.

**2. Периферический рак:**

- круглая опухоль;
- пневмониеподобный;
- рак верхушки легкого (опухоль Панкоста).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
РАКА ЛЕГКОГО  
(по системе TNM, 1974)**

**T** – первичная опухоль для периферической и центральной формы рака:

- T0 – первичная опухоль не определяется;
- T1 – опухоль, ограниченная сегментарным бронхом или сегментом одной доли;
- T2 – опухоль, ограниченная долевым бронхом или одной долей;
- T3 – опухоль, вовлекающая главный бронх или более чем одну долю;
- T4 – опухоль, распространяющаяся за пределы легкого.

**N** – регионарные лимфатические узлы:

- N0 – нет клинических, рентгенологических или эндоскопических данных об увеличении внутригрудных лимфатических узлов;
- N1 – имеются клинические, рентгенологические или эндоскопические данные об увеличении лимфатических узлов.

**M** – отдаленные метастазы:

- M0 – нет признаков отдаленных метастазов;
- M1 – имеются отдаленные метастазы, включая плевральный выпот с наличием в нем опухолевых клеток и/или поражением шейных лимфатических узлов;
- M1a – имеется плевральный выпот с наличием в нем опухолевых клеток;
- M1b – прощупываются шейные лимфатические узлы;
- M1c – имеются другие отдаленные метастазы.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
РАКА ЛЕГКОГО (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Новообразования</b>	<b>C 00 – D 48</b>
<b>Злокачественные новообразования:</b>	<b>C 00 – C 97</b>
■ <b>органов дыхания и грудной клетки</b>	<b>C 30 – C 39</b>
■ <b>bronхов и легкого:</b>	<b>C 34</b>
• главных бронхов (корня легкого)	C 34.0
• верхней доли, бронхов или легкого	C 34.1
• средней доли, бронхов или легкого	C 34.2
• нижней доли, бронхов или легкого	C 34.3
■ <b>сердца, средостения и плевры:</b>	<b>C 38</b>
• сердца	C 38.0
• плевры	C 38.4
■ <b>мезотелиальной и мягких тканей</b>	<b>C 45 – C 49</b>
<b>Мезотелиома:</b>	<b>C 45</b>
■ мезотелиома плевры	C 45.0

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Бронхогенный (центральный) рак правого легкого, метастазы в средостении. T4 N1M0. Шифр МКБ-10: C 34.
2. Периферический рак нижней доли левого легкого, левосторонний экссудативный плеврит. T1N0M1. Шифр МКБ-10: C 34.

**КЛАССИФИКАЦИЯ  
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ДН)<sup>17</sup>**

Патогенетическая классификация:

- **паренхиматозная** (гипоксемическая, легочная или ДН I типа): пневмонии, респираторный дистресс-синдром взрослых, кардиогенный отек легких;
- **вентиляционная** (гиперкапническая, «насосная» или ДН II типа): ХОБЛ, обструктивные заболевания, утомления/слабости дыхательных мышц; механического дефекта костно-мышечного каркаса грудной клетки; нарушений функции дыхательного центра.

Показатели	Стадии ДН			
	Норма	I – незначи- тельная	II – умерен- ная	III – выра- женная
1. Клинические				
а) одышка	Нет	При необыч- ных, ранее переносимых нагрузках	При обычных нагрузках	Постоянная в покое
б) частота дыхания:				
• в покое	16–23 в мин	В пределах нормы	24–28 в мин	Чаше 28 в мин
• после фи- зической нагрузки		Учащается на 10–12 в мин после умерен- ной нагрузки. Восстанавли- вается быстро (до 5 мин)	Учащается на 12–16 в мин после незна- чительной нагрузки. Вос- станавливается медленно (до 10 мин)	Нагрузка невозможна из-за тяже- лой одышки

<sup>17</sup> Для специализированных лечебных учреждений возможно использование более информативных показателей.

Показатели	Стадии ДН			
	Норма	I – незначи- тельная	II – умерен- ная	III – выра- женная
в) глубина дыхания:				
• в покое		Нормальная	Понижена (несколько поверхностнее, чем в покое)	Поверхностное
• после физической нагрузки		Поверхностное, нормализуется сразу после нагрузки	Поверхностное, нормализуется медленно	Нагрузка невозможна из-за тяжелой одышки
г) цианоз	Нет	Нерезкий, усиливается после нагрузки	Отчетливый, иногда значительный	Резко выраженный, диффузный
д) пульс		Не учащен	Наклонность к учащению	Значительно учащается
2. Инструментальные:				
а) насыщение крови кислородом (в %)	Более 90	До 90	До 85	Ниже 85
б) жизненная емкость легких – ЖЕЛ (в % к должной величине)	90–85	84–70	69–50	Менее 50
в) максимальная вентиляция легких – МВЛ (в % к должной величине)	85–75	74–55	54–35	Менее 35

Показатели	Стадии ДН			
	Норма	I – незначи- тельная	II – умерен- ная	III – выра- женная
г) объем форсированного выдоха (ОФВ) (в % к должной величине)	85–75	74–55	54–35	Менее 35
д) объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) (в % к должной величине)	Более 70	69–55	54–40	Менее 40

**КЛАССИФИКАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ  
(Чучалин А. Г. и соавт., 2007)**

Степень ДН	PaO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	SaO <sub>2</sub> , %
Норма	≥ 80	≥ 95
I	60–79	90–94
II <sup>18</sup>	40–59	75–89
III <sup>19</sup>	< 40	< 75

<sup>18</sup> Степень II предполагает обязательное назначение кислородотерапии.

<sup>19</sup> Степень III чаще всего требует респираторной поддержки.

## БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

*Шифр МКБ-10: класс XI; рубрики К 00 – К 93*

### КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

согласно международному научно обоснованному соглашению  
(Монреаль, 2005)

#### I. Пищеводные синдромы:

**A. Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами** (при отсутствии структурных повреждений пищевода):

1. Классический рефлюксный синдром.
2. Синдром боли в грудной клетке.

**B. Синдромы с повреждением пищевода** (осложнения ГЭРБ):

1. Рефлюкс-эзофагит.
2. Стриктуры пищевода.
3. Пищевод Барретта.
4. Аденокарцинома.

#### II. Внепищеводные синдромы:

**A. Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена:**

1. Кашель рефлюксной природы.
2. Ларингит рефлюксной природы.
3. Бронхиальная астма рефлюксной природы.
4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы.

**B. Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается:**

1. Фарингит.
2. Синуситы.
3. Идиопатический фиброз легких.
4. Рецидивирующий средний отит.

### КЛАССИФИКАЦИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА (Лос-Анджелес, 1994)

Степень	Эндоскопическая картина
A	Одно (или более) поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
B	Одно (или более) поражение слизистой оболочки длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки
C	Поражение слизистой оболочки распространяется на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75 % окружности пищевода
D	Поражение слизистой оболочки распространяется на 75 % и более окружности пищевода

### КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА

(Пражская классификация метаплазии в пищеводе, 2004)

1. C – circumferential – оценивается длина кругового сегмента метаплазированного эпителия.
2. M – maximum – оценивается общая длина метаплазированного эпителия.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	К 20-К 1
Эзофагит	К 20
Гастроэзофагеальный рефлюкс	К 21

Нозология	Шифр
<b>Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом:</b> ■ рефлюкс-эзофагит	К 21.0
<b>Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита:</b> ■ эзофагеальный рефлюкс	К 21.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. ГЭРБ, неэрозивная форма, фаза обострения. Рефлюксный синдром. Кардиалгия. Шифр по МКБ-10: К 21.9.
2. ГЭРБ, фаза обострения. Эрозивный эзофагит, степень В. Внепищеводные проявления – ларингит рефлюксной природы. Шифр по МКБ-10: К 21.0.
3. ГЭРБ, фаза ремиссии. Пищевод Барретта, С 3 см, М 5 см, кишечная метаплазия. Шифр по МКБ-10: К 21.0.
4. ГЭРБ, фаза обострения. Эрозивный эзофагит, степень С. Рубцовый стеноз пищевода, субкомпенсированный. Шифр по МКБ-10: К 22.2.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
РАССТРОЙСТВ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ  
(Римский консенсус III, 2006)**

**А. Функциональные расстройства пищевода:**

- A1. Функциональная изжога.
- A2. Функциональная загрудинная боль пищеводного происхождения.
- A3. Функциональная дисфагия.
- A4. Ком в пищеводе (Globus).

**В. Функциональные гастродуоденальные расстройства:**

- V1. Функциональная диспепсия:
  - V1a. Постпрандиальный дистресс-синдром.
  - V1b. Синдром эпигастральной боли.
- V2. Расстройства, сопровождающиеся отрыжкой:
  - V2a. Аэрофагия.

- V2b. Неспецифическая чрезмерная отрыжка.
- V3. Расстройства, сопровождающиеся тошнотой и рвотой:
    - V3a. Хроническая идиопатическая тошнота.
    - V3b. Функциональная рвота.
    - V3c. Синдром циклической рвоты.
  - V4. Синдром руминации у взрослых (срыгивание).
- С. Функциональные расстройства кишечника:**
- C1. Синдром раздраженного кишечника.
  - C2. Функциональное вздутие.
  - C3. Функциональный запор.
  - C4. Функциональная диарея.
  - C5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство.
- Д. Синдром функциональной абдоминальной боли**
- Е. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (СО):**
- E1. Функциональное расстройство желчного пузыря.
  - E2. Функциональное билиарное расстройство сфинктера Одди.
  - E3. Функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди.
- Ф. Функциональные аноректальные расстройства:**
- F1. Функциональное недержание кала.
  - F2. Функциональная аноректальная боль:
    - F2a. Хроническая прокталгия:
      - F2a1. Синдром м. levator ani.
      - F2a2. Неспецифическая функциональная аноректальная боль.
    - F2b. Прокталгия fugax.
  - F3. Функциональные расстройства дефекации:
    - F3a. Диссинергическая дефекация.
    - F3b. Неадекватная пропульсия при дефекации.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Другие болезни пищевода	К 22
<i>Дискинезия пищевода</i> <i>Диффузный спазм пищевода/спазм пищевода</i>	К 22.4
Диспепсия Нарушение пищеварения	К 30
Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки Функциональные расстройства желудка	К 31
<i>Острое расширение желудка</i>	К 31.0
<i>Пилороспазм, не классифицированный в других рубриках</i>	К 31.3
Другие болезни кишечника	К 55–К 63
Синдром раздраженного кишечника	К 58
<i>Синдром раздраженного кишечника с диареей</i>	К 58.0
<i>Синдром раздраженного кишечника без диареи</i>	К 58.1
Другие функциональные кишечные нарушения	К 59
<i>Запор</i>	К 59.0
<i>Функциональная диарея</i>	К 59.1
<i>Функциональное нарушение кишечника неуточненное</i>	К 59.9
Другие болезни желчевыводящих путей	К 83
<i>Спазм сфинктера Одди</i>	К 83.4

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Функциональное расстройство пищевода – ком в горле. Шифр по МКБ-10: К 22.4.
2. Функциональное расстройство пищевода – функциональная загрудинная боль пищевоного характера. Шифр по МКБ-10: К 22.4.
3. Функциональная диспепсия, синдром эпигастральной боли, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 30.
4. Функциональная диспепсия – постпрандиальный дистресс-синдром. Шифр по МКБ-10: К 30.
5. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием боли в животе и метеоризмом, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 59.9.
6. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 58.0.
7. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 58.1.
8. Дискинезия желчевыводящих путей, фаза обострения, спазм сфинктера Одди. Шифр по МКБ-10: К 83.4.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА**  
(Циммерман Я. С., 1994; 1998; Misiewicz J. J. et al., 1990)**По этиологии и патогенезу (префикс):**

1. ХГ типа А: аутоиммунный фундальный атрофический, в том числе ассоциированный с мегалобластной анемией Аддисона-Бирмера.
2. ХГ типа В: бактериальный антральный неатрофический, ассоциированный с Нр-инфекцией.
3. ХГ типа АВ: сочетанный атрофический пангастрит.
4. ХГ типа С: химический (токсико-химический) реактивный: рефлюкс-гастрит оперированного и неоперированного желудка; медикаментозный (НПВП и др.), профессиональный (фторсодержащие соединения и др.).
5. Идиопатический ХГ: неизвестной этиологии.

## 6. Особые формы ХГ:

- а) эозинофильный;
- б) гранулематозный;
- в) лимфоцитарный (в том числе ассоциированный с целиакией);
- г) радиационный;
- д) инфекционный (исключая Нр-инфекцию).

**По топографо-морфологическим особенностям (корень, или ядро):**

1. По локализации:
  - а) фундальный (тип А);
  - б) антральный (тип В);
  - в) пангастрит (тип АВ) — с преимущественным поражением антрального или фундального отдела.
2. По морфологическим критериям:
  - а) поверхностный;
  - б) интерстициальный;
  - в) атрофический (с легкой, средней или тяжелой формой атрофии);
  - г) ХГ с кишечной метаплазией (тонкокишечной — полной или неполной либо толстокишечной).

**По специфическим морфологическим признакам (суффикс):**

1. По выраженности воспалительного процесса в СОЖ<sup>20</sup>:
  - а) минимальный;
  - б) незначительный;
  - в) умеренный;
  - г) выраженный (определяется степенью лимфоплазмочитарной воспалительной инфильтрации СОЖ).
2. По активности ХГ:
  - а) активность отсутствует;
  - б) легкая (I);
  - в) средняя (II);

<sup>20</sup> СОЖ — слизистая оболочка желудка.

г) высокая (III); определяется наличием и выраженностью нейтрофильного (гранулоцитарного) компонента в воспалительной инфильтрации СОЖ.

## 3. По наличию и выраженности контаминации СОЖ Нр-инфекцией:

- а) отсутствует;
- б) легкая (I);
- в) средняя (II);
- г) высокая (III).

**По функциональным критериям (флексия):**

1. ХГ с сохраненной (и повышенной) секрецией.
2. ХГ с секреторной недостаточностью (умеренной, выраженной, тотальной).

*Комментарий.* При формулировке диагноза по данной классификации целесообразно добавить пункт фазы заболевания (обострение, ремиссия).

### РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ОСНОВАННАЯ НА СИДНЕЙСКОЙ СИСТЕМЕ (Австралия, 1990)

## I. Гистологический раздел

1. **Этиология:**

- аутоиммунный (генетически детерминированный);
- бактериальный (ассоциированный с НР);
- рефлюкс-гастрит;
- медикаментозный;
- идиопатический.

2. **Топография:** антральный, фундальный, пангастрит.3. **Морфологические изменения:**

- 1) виды гастрита: острый, хронический, особые формы (гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный);
- 2) основные морфологические изменения: активность (определяется по нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки эпителия), атрофия, ки-

шечная метаплазия (полная или неполная), НР (наличие или отсутствие бактерий в слизистой, антител к НР).

## II. Эндоскопический раздел

Термины, используемые для описания эндоскопической картины: отек, эритема, разрыхление, экссудат, плоская эрозия, приподнятая эрозия, атрофический, геморрагический, рефлюкс-гастрит, гиперплазия складок.

## III. Клинико-функциональный раздел (не входит в Сиднейскую систему)

1. Кислотопродуцирующая функция: повышена, нормальная, снижена (умеренное или выраженное снижение – ахлогидрия).
2. Моторно-эвакуаторные нарушения: гастроэзофагальный рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс, замедление или ускорение эвакуации из желудка.
3. Фаза болезни: обострение, ремиссия.

### Примерная формулировка клинического диагноза:

Хронический гастрит, ассоциированный с НР, антральный, с повышенной секреторной функцией, фаза обострения.

## ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВАЯ ШКАЛА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СТАДИИ И СТЕПЕНИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

(Российский пересмотр Международной классификации, утвержденный решением III съезда Российского общества патологоанатомов, Самара, Аруин Л. И. и соавт., 2009)

Разработана на основе системы оценки стадии гастрита OLGA (Operative Linkfor Gastritis Assessment) (Runge M. Et al., 2008), позволяющей оценить риск рака

1. Стадия хронического гастрита – выраженность атрофии (0, I, II, III, IV)
2. Степень хронического гастрита – выраженность воспаления (0, I, II, III, IV)

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Гастрит и дуоденит</b> Исключают: эозинофильный гастрит (К 52.8); синдром Золлингера-Эллисона (Е 16.8)	<b>К 29</b>
<b>Острый геморрагический гастрит</b> Исключают: эрозию желудка (К 25)	К 29.0
<b>Другие острые гастриты</b>	К 29.1
<b>Алкогольный гастрит</b>	К 29.2
<b>Хронический поверхностный гастрит</b>	К 29.3
<b>Хронический атрофический гастрит</b>	К 29.4
<b>Хронический гастрит неуточненный:</b> ■ антральный ■ фундальный	К 29.5
<b>Другие гастриты:</b> ■ гипертрофический гигантский ■ грануломатозный ■ болезнь Менетрие	К 29.6
<b>Гастрит неуточненный</b>	К 29.7
<b>Дуоденит</b>	К 29.8
<b>Гастродуоденит неуточненный</b>	К 29.9

### Примеры формулировки диагноза:

1. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с хеликобактерной инфекцией (тип В), с повышенной кислотообразующей функцией, фаза обострения, стадия гастрита I, степень воспаления III. Шифр по МКБ-10: К 29.5.

2. Хронический аутоиммунный гастрит (тип А) тела желудка с умеренной атрофией и сохраненной кислотообразующей функцией, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 29.5.
3. Хронический химический гастрит (тип С) тела и антрального отдела с эрозиями, обусловленный приемом НПВП. Шифр по МКБ-10: К 29.5.
4. Рефлюкс-гастрит. Резецированный желудок (по Бильрот – II) в 2013 году. Шифр по МКБ-10: К 29.5.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Калинин А. В., 2010)

#### I. Общая характеристика болезни:

- 1) язвенная болезнь желудка;
- 2) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК);
- 3) пептическая гастроэюнальная язва после резекции желудка.

#### II. Возможные причины образования гастродуodenальных язв:

- 1) Нр-ассоциированные язвы;
- 2) язвы, вызванные приемом НПВП;
- 3) другие причины.

#### III. Клиническая форма:

- 1) острая или впервые выявленная;
- 2) хроническая.

#### IV. Течение:

- 1) латентное;
- 2) легкое или редко рецидивирующее (реже 1 раза в год);
- 3) средней тяжести или рецидивирующее (1–2 рецидива в год);
- 4) тяжелое (3 рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее, развитие осложнений.

#### V. Фаза:

- 1) обострение (рецидив);
- 2) затухающее обострение (неполная ремиссия);
- 3) ремиссия.

#### VI. Характеристика морфологического субстрата болезни:

- 1) виды язвы:
  - а) острая;
  - б) хроническая;
- 2) размер язвы:
  - а) небольшая (менее 0,5 см);
  - б) средняя (0,5–1,0 см);
  - в) крупная (1,1–3,0 см);
  - г) гигантская (более 3 см);
- 3) стадия развития язвы:
  - а) активная;
  - б) рубцующаяся;
  - в) стадия красного рубца;
  - г) стадия белого рубца;
  - д) длительно не рубцующаяся;
- 4) локализация язвы:

#### *желудок* –

- А: а) кардия;  
 б) субкардиальный отдел;  
 в) тело желудка;  
 г) антральный отдел;  
 д) пилорический канал;
- Б: а) передняя стенка;  
 б) задняя стенка;  
 в) малая кривизна;  
 г) большая кривизна;

#### *ДПК* –

- А: а) луковица;  
 б) постбульбарная часть;
- Б: а) передняя стенка;  
 б) задняя стенка;

- в) малая кривизна;
- г) большая кривизна.

**VII. Характеристика функции гастродуоденальной системы**

(указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

**VIII. Осложнения:**

- 1) кровотечение:
  - а) легкое;
  - б) средней степени;
  - в) тяжелое;
  - г) крайне тяжелое;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стеноз:
  - а) компенсированный;
  - б) субкомпенсированный;
  - в) декомпенсированный;
- 5) малигнизация.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Язва желудка:</b> ■ эрозия (острая) желудка; ■ язва (пептическая)	К 25
<b>Язва двенадцатиперстной кишки:</b> ■ эрозия (острая) двенадцатиперстной кишки; ■ язва (пептическая)	К 26
<b>Пептическая язва неуточненной локализации:</b> ■ гастродуоденальная язва; ■ пептическая язва	К 27

Нозология	Шифр
<b>Гастроюанальная язва (или эрозия):</b> ■ анастомоза; ■ желудочно-ободочная; ■ желудочно-тонкокишечная; ■ желудочно-тощекишечная; ■ тощекишечная; ■ краевая; ■ соустья	К 28
<b>Характеристика язвы (эрозии):</b>	К 25 – К 28
■ острая с кровотечением	.0
■ острая с прободением	.1
■ острая с кровотечением и прободением	.2
■ острая без кровотечения и прободения	.3
■ хроническая или неуточненная с кровотечением	.4
■ хроническая или неуточненная с прободением	.5
■ хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением	.6
■ хроническая без кровотечения или прободения	.7
■ неуточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения	.9
<b>Другие болезни желудка и ДПК</b>	К 31
<b>Стриктура в виде песочных часов и стеноз желудка</b>	К 31.2
<b>Непроходимость ДПК стеноз/сужение/непроходимость ДПК</b>	К 31.5

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Язвенная болезнь, впервые выявленная, фаза обострения. Язва луковицы 12-перстной кишки. Эрозивный бульбит. Шифр по МКБ-10: К 26.3.

2. Язвенная болезнь желудка и ДПК, фаза ремиссии. Умеренная рубцовая деформация луковицы ДПК. Шифр по МКБ-10: К 26.7.
3. Язвенная болезнь желудка и ДПК, ассоциированная с хеликобактерной инфекцией, рецидивирующее течение, ремиссия. Рубцовый стеноз привратника и луковицы ДПК, субкомпенсированный. Шифр по МКБ-10: К 31.2.
4. Язвенная болезнь, часто рецидивирующее течение, фаза обострения. Множественные (две) язвы луковицы 12-перстной кишки. Умеренная рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Шифр по МКБ-10: К 26.7.
5. Язвенная болезнь, фаза обострения, часто рецидивирующее течение. Язва пилорического отдела желудка. Перенесенное кровотечение из язвы от (указывается дата кровотечения) 02.04.2016. Острая постгеморрагическая анемия средней тяжести. Шифр по МКБ-10: К 25.4.

**КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА  
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА  
(Римские критерии III, 2006)**

**Разделение СРК по преобладающей форме стула:**

1. СРК с преобладанием запора (IBS-C) – твердый или комковатый стул (тип 1–2)  $\geq 25\%$  и жидкий или водянистый стул (тип 6–7)  $< 25\%$  дефекаций.
2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D) – жидкий или водянистый стул  $\geq 25\%$  и твердый или комковатый стул  $< 25\%$  дефекаций.
3. Смешанный СРК (IBS-M) – твердый или комковатый стул  $\geq 25\%$  и жидкий или водянистый стул  $\geq 25\%$  дефекаций.
4. Неклассифицируемый СРК – патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D или M.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Другие болезни кишечника	К 55 – К 63
Синдром раздраженного кишечника	К 58
<i>Синдром раздраженного кишечника с диареей</i>	К 58.0
<i>Синдром раздраженного кишечника без диареи</i>	К 58.1
Другие функциональные кишечные нарушения	К 59
<i>Запор</i>	К 59.0
<i>Функциональная диарея</i>	К 59.1
<i>Функциональное нарушение кишечника неуточненное</i>	К 59.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием боли в животе и метеоризмом, фаза обострения. Кал: тип 1. Шифр по МКБ-10: К 59.9.
2. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 58.1.
3. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора, фаза обострения. Шифр по МКБ-10: К 58.1.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (ЯК)  
ПО ПРОТЯЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ  
(Всемирный конгресс гастроэнтерологов, Монреаль, 2005)**

Проктит	Ограничен прямой кишкой
Левосторонний колит	Распространяется до левого изгиба толстой кишки (включая проктосигмоидит)
Тотальный колит	Включает субтотальный колит, а также тотальный ЯК с ретроградным илеитом

**Под обострением** (рецидивом, атакой) ЯК понимают появление типичных симптомов в период клинической ремиссии.

**Ремиссия ЯК:**

- 1) клиническая – отсутствие примеси крови в кале и императивных/ложных позывов при частоте стула не более 3 раз в сутки;
- 2) эндоскопическая – отсутствие видимых макроскопических признаков воспаления при эндоскопическом исследовании толстой кишки;
- 3) гистологическая – отсутствие микроскопических признаков воспаления.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**  
(Парфенов А. И., 2009)

**1. Клиническая характеристика:**

- Клиническая форма:
  - острая (фулминантная);
  - хроническая.
- Течение:
  - быстро прогрессирующее течение;
  - непрерывно рецидивирующее;
  - рецидивирующее;
  - латентное.
- Степень активности:
  - обострение;
  - затухающее обострение;
  - ремиссия.
- Степень тяжести:
  - легкая;
  - средняя;
  - тяжелая.

**2. Анатомическая характеристика:**

- Протяженность:
  - проктит;
  - проктосигмоидит;

- субтотальное поражение;
  - тотальное поражение.
  - Макроскопически:
    - эрозивно-геморрагический колит;
    - язвенно-деструктивный колит.
  - Микроскопически:
    - преобладание деструктивно-воспалительного процесса;
    - уменьшение воспалительного процесса с элементами регенерации;
    - последствия воспалительной реакции.
- 3. Осложнения:**
- Местные:
    - перфорация;
    - кровотечение;
    - стриктуры (сужение кишки);
    - псевдополипоз;
    - вторичная кишечная инфекция;
    - исчезновение слизистой оболочки (полное, частичное);
    - токсическое расширение толстой кишки;
    - острая токсическая дилатация толстой кишки (токсический мегаколон);
    - перианальные осложнения: парапроктиты, свищи, трещины, перианальные раздражения кожи).
  - Общие:
    - функциональный гипокортицизм;
    - септицемия, сепсис;
    - артриты, сакроилеиты;
    - поражения кожи, глаз;
    - нефрит, амилоидоз;
    - флебиты.

**ТЯЖЕСТЬ АТАКИ ЯК**  
(по критериям Truelove-Witts)

Критерии	Степень тяжести атаки		
	Легкая	Средне-тяжелая	Тяжелая
Средняя частота стула с кровью, раз в сутки	< 4	≥ 4	≥ 6
Лихорадка, °С	отсутствует	< 37,5	> 37,5
Тахикардия, ударов в 1 мин	отсутствует	< 90	> 90
Гемоглобин, г/л	норма	≥ 105	≤ 105
СОЭ, мм/ч	норма	≤ 30	≥ 30
Контактная ранимость СО <sup>21</sup> толстой кишки	нет	есть	есть

**Ответ на гормональную терапию:**

1. Гормональная резистентность.
2. Гормональная зависимость.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Неинфекционный энтерит и колит	К 50 – К 52
Язвенный колит	К 51
<i>Язвенный (хронический) энтероколит</i>	К 51.0
<i>Язвенный (хронический) илеоколит</i>	К 51.1

<sup>21</sup> СО – слизистая оболочка.

Нозология	Шифр
<i>Язвенный (хронический) проктит</i>	К 51.2
<i>Язвенный (хронический) ректосигмоидит</i>	К 51.3
<i>Язвенный (хронический) колит неуточненный</i>	К 51.9
<b>Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты</b>	<b>К 52</b>
<i>Радиационный гастроэнтерит</i>	К 52.0
<i>Токсический гастроэнтерит и колит</i>	К 52.1
<i>Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит:</i> ■ гиперсенситивный пищевой энтерит и колит	К 52.2
<i>Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты:</i> ■ эозинофильный гастрит или гастроэнтерит	К 52.8

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки, токсическая дилатация кишки, септицемия. Шифр по МКБ-10: К 51.0.
2. Язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая форма с латентным течением, фаза ремиссии. Шифр по МКБ-10: К 51.

**КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА (БК)**  
(Всемирный конгресс гастроэнтерологов,  
Монреаль, 2005)

**По локализации поражения:**

Терминальный илеит	± поражение верхних отделов ЖКТ
Колит	
Илеоколит	

**По распространенности:**

**I. Локализованная БК:**

1. Поражение протяженностью менее 30 см. Обычно используется для описания изолированного поражения илеоцекальной зоны.
2. Возможно изолированное поражение небольшого участка толстой кишки.

**II. Распространенная БК:**

- A. Поражение протяженностью более 100 см (сумма всех пораженных участков).**

**По характеру течения:**

**I. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания):**

1. С фульминантным началом.
2. С постепенным началом.

**II. Хроническое непрерывное течение (отсутствие более чем 6-месячных периодов ремиссии на фоне адекватной терапии).**

**III. Хроническое рецидивирующее течение (наличие более чем 6-месячных периодов ремиссии):**

1. Редко рецидивирующее (1 раз в год или реже).
2. Часто рецидивирующее (2 и более раз в год).

**Ответ на гормональную терапию:**

1. Гормональная резистентность.
2. Гормональная зависимость.

**Фенотипический вариант:**

1. Нестриктурирующий, непенетрирующий тип.
2. Стриктурирующий тип.
3. Пенетрирующий тип.

**ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БК**

Аутоиммунные, связанные с активностью заболевания	Аутоиммунные, не связанные с активностью заболевания	Обусловленные длительным воспалением и метаболическими нарушениями
Артропатии (артралгии, артриты)	Ревматоидный артрит (серонегативный)	Холелитиаз
Поражения кожи (узловая эритема, гангренозная пиодермия)	Анкилозирующий спондилоартрит, сакроилеит	Тромбоз периферических вен, тромбоэмболия легочной артерии
Поражение слизистых (афтозный стоматит)	Первичный склерозирующий холангит	Стеатоз печени, стеатогепатит
Поражение глаз (увеит, ирит, иридоциклит, эписклерит)	Остеопороз, остеопения	Амилоидоз
	Псориаз	

**КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БК**

Наружные свищи (кишечно-кожные)	Стриктуры ЖКТ
	Кишечная непроходимость
Внутренние свищи	Кишечное кровотечение
Инфильтрат брюшной полости	Анальные трещины
Межкишечные или интраабдоминальные абсцессы	Парапроктит (при аноректальном поражении)

**ТЯЖЕСТЬ АТАКИ БК**  
(по критериям Общества по изучению ВЗК  
при Ассоциации колопроктологов России, 2009)

Критерии	Степень тяжести атаки		
	Легкая	Средне-тяжелая	Тяжелая
Средняя частота стула в сутки за последние 3 дня	< 4	4–6	≥ 7
Боль в животе	незначительная	умеренная	сильная
Лихорадка, °С	отсутствует	< 38	> 38
Тахикардия, ударов в 1 мин	отсутствует	< 90	> 90
Снижение массы тела	отсутствует	< 5 %	5 % и более
Гемоглобин, г/л	≥ 100	90–100	≤ 90
СОЭ, мм/ч	норма	≤ 30	≥ 30
Лейкоцитоз	отсутствует	умеренный	высокий с изменением формулы
СРБ, г/л	норма	< 10	> 10
Гипопротеинемия	отсутствует	незначительная	выраженная
Внекишечные проявления	нет	есть	есть
Кишечные осложнения	нет	есть	есть

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
БОЛЕЗНИ КРОНА (МКБ-10)**

<b>Болезнь Крона (региональный энтерит)</b>	<b>К 50</b>
Болезнь Крона тонкой кишки	К 50.0
Болезнь Крона толстой кишки	К 50.1
Другие разновидности болезни Крона	К 50.8
Болезнь Крона неуточненная	К 50.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей кишки, хроническое рецидивирующее течение, среднетяжелая форма, осложненная инфильтратом брюшной полости, наружным кишечным свищем и перианальными поражениями (передняя и задняя анальные трещины). Шифр по МКБ-10: К 50.8.
2. Болезнь Крона в форме терминального илеита, хроническое рецидивирующее течение, ремиссия. Стриктура терминального отдела подвздошной кишки без нарушения кишечной проходимости. Шифр по МКБ-10: К 50.0.
3. Болезнь Крона с поражением сегмента подвздошной кишки, хроническая рецидивирующая форма, осложненная сужением (стриктура) тонкой кишки с частичной тонкокишечной непроходимостью и витамин-В12-дефицитной анемией. Шифр по МКБ-10: К 50.

## ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

*Шифр МКБ-10: класс IV; рубрики E 00 – K 90;  
класс X; рубрики K 90 – K 93*

### РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНТЕРОПАТИЙ (Ногаллер А. М., 1990)

#### 1. Клинические формы:

- глютенная (целиакия взрослых, нетропическая спру);
- дисахаридазные;
- экссудативная гипопроотеинемическая (болезнь Гордона);
- кишечная липодистрофия (болезнь Уиппла).

#### 2. Стадии:

- компенсации;
- декомпенсации.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСАХАРИДАЗНЫХ ЭНТЕРОПАТИЙ (ЭНЗИМОПАТИЙ) (Фролькис А. В., Горанская С. В., 1990)

#### 1. По этиологии:

- дефицит лактазы (непереносимость молока);
- дефицит трегалазы (непереносимость грибов);
- дефицит инвертазы (непереносимость сахарозы);
- дефицит целлобиозы (непереносимость продуктов, содержащих большое количество клетчатки);
- дефицит мальтазы.

#### 2. По механизму возникновения:

- первичные (наследственные), обусловленные генетически детерминированным дефицитом фермента;
- вторичные, связанные с воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке кишечника (на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта или бесконтрольного приема антибиотиков).

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНТЕРОПАТИЙ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Нарушения обмена веществ	E70 - E90
Непереносимость лактозы	E 73
<i>Врожденная недостаточность лактазы</i>	E 73.0
<i>Вторичная недостаточность лактазы</i>	E 73.1
<i>Другие виды непереносимости лактозы</i>	E 73.8
<i>Непереносимость лактозы неуточненная</i>	E 73.9
Нарушения всасывания в кишечнике	K 90
<i>Целиакия:</i> ■ глютенчувствительная энтеропатия ■ идиопатическая стеаторея ■ нетропическая спру	K 90.0
<i>Панкреатическая стеаторея</i>	K 90.3
<i>Нарушения всасывания, обусловленные непереносимостью, не классифицированные в других рубриках</i> <i>Нарушения всасывания, обусловленные непереносимостью:</i> ■ углеводов ■ жира ■ белка ■ крахмала	K 90.4
Болезнь Уиппла	K 90.8

#### *Примеры формулировки диагноза:*

1. Глютенная энтеропатия, стадия декомпенсации. Синдром мальабсорбции III степени: кахексия, диффузный остеопороз, железодефицитная анемия. Шифр по МКБ-10: K 90.4.
2. Врожденная лактазодефицитная энтеропатия. Синдром мальабсорбции II степени. Шифр по МКБ-10: K 73.0.

## БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

**Шифр МКБ-10: класс I; рубрики В 15 – В 19;  
класс XI; рубрики К 70 – К 77**

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ

(Международный конгресс гастроэнтерологов, Лос-Анджелес, 1994)

1. Хронический вирусный гепатит В.
2. Хронический вирусный гепатит D (дельта).
3. Хронический вирусный гепатит С.
4. Неопределенный хронический вирусный гепатит (вирусы F, G, «агент» GB).
5. Аутоиммунный гепатит: тип 1 (анти-ANA-позитивный); тип 2 (анти-LKMI-позитивный).
6. Лекарственно индуцированный хронический гепатит.
7. Криптогенный хронический гепатит.

Спорным остается включение в классификацию ХГ первичного билиарного гепатита, первичного склерозирующего холангита, болезни Вильсона-Коновалова, ХГ вследствие недостатка б-трипсина и дефицита галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы.

#### По клинико-биохимическим критериям различают:

- мягкие формы ХГ – при повышении АлАТ < 3;
- умеренную – при повышении АлАТ в 3–10 раз;
- высокую степень активности – при повышении АлАТ более чем в 10 раз.

#### Индекс фиброза по системе (METAVIR):

- F0 – фиброз отсутствует;
- F1 – минимальный перипортальный фиброз;
- F2 – умеренный фиброз с перипортальными септами;
- F3 – выраженный фиброз с портоцентральными септами;
- F4 – цирроз печени.

**Индекс гистологической активности (ИГА) по “Knodel”**  
в баллах:

- минимальная (1–3);
- легкая (4–8);
- средняя (9–12);
- тяжелая (13–18).

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Вирусный гепатит</b>	<b>В 15 – В 19</b>
<b>Острый гепатит А</b>	<b>В 15</b>
<b>Острый гепатит В</b>	<b>В 16</b>
<b>Другие острые вирусные гепатиты</b>	<b>В 17</b>
<b>Хронический вирусный гепатит</b>	<b>В 18</b>
<i>Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом</i>	В 18.0
<i>Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента:</i> ■ хронический вирусный гепатит В	В 18.1
<i>Хронический вирусный гепатит С</i>	В 18.2
<i>Другой хронический вирусный гепатит</i>	В 18.8
<i>Хронический вирусный гепатит неуточненный</i>	В 18.9
<b>Вирусный гепатит неуточненный</b>	<b>В 19</b>
<b>Алкогольная болезнь печени</b>	<b>К 70</b>
<i>Алкогольная жировая дистрофия печени (жирная печень)</i>	К 70.0
<i>Алкогольный гепатит</i>	К 70.1
<i>Алкогольный цирроз печени</i>	К 70.3

Нозология	Шифр
Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках	К 73
<i>Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках</i>	К 73.0
<i>Хронический лобулярный гепатит, не классифицированный в других рубриках</i>	К 73.1
<i>Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках</i>	К 73.2
<i>Другие хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках</i>	К 73.8
<i>Хронический гепатит неуточненный</i>	К 73.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический вирусный гепатит В, активный, умеренная степень активности, фаза репликации. Синдром гепатодепрессии. Шифр по МКБ-10: В 18.1.
2. Аутоиммунный гепатит типа 1 (люпоидный), активная фаза, умеренная степень активности. Полиартрит. Аллергический капиллярит. Шифр по МКБ-10: К 73.2.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ**

(основана на классификации Всемирной ассоциации по изучению печени, Акапулько, Мексика, 1974)

**1. По этиологии:**

- вирусные гепатиты (В, В ± D, С, G);
- генетически детерминированные метаболические расстройства (гемохроматоз, болезнь Вильсона, дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина, гликогеноз IV типа, галактоземия, врожденный тирозиноз);
- длительный холестаз (внутри- и внепеченочный) – первичный и вторичный билиарный цирроз;

- хроническая недостаточность кровообращения;
  - обструкция печеночных вен (веноокклюзионная болезнь, синдром Бадда-Киари, констриктивный перикардит);
  - нарушения иммунитета (аутоиммунный гепатит);
  - токсические и терапевтические агенты (метотрексат, амиодарон);
  - прочие причины (саркоидоз, паразитарные инвазии, сифилис – только в неонатальном периоде и др.);
  - криптогенный (неустановленной этиологии).
- 2. По морфологическим признакам<sup>22</sup>:**
- микронодулярный тип;
  - макронодулярный тип;
  - смешанный.
- 3. Клинико-функциональная характеристика:**
- 3.1. Стадия болезни:
- компенсации (начальная);
  - субкомпенсации (клинических проявлений);
  - декомпенсации (развития печеночно-клеточной недостаточности и прогрессирования портальной гипертензии).
- 3.2. Активность процесса:
- минимальная;
  - умеренная;
  - выраженная.
- 3.3. Течение болезни:
- медленно прогрессирующее;
  - быстро прогрессирующее.
- 3.4. Синдром портальной гипертензии.
- 3.5. Осложнения:
- желудочно-кишечное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка;
  - печеночная и портосистемная энцефалопатия и кома;
  - синдром гиперспленизма;
  - спонтанный бактериальный перитонит.

<sup>22</sup> В случае затруднения в определении величины узлов в диагнозе не указывается.

**КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ  
ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ  
(индекс Child-Pugh)**

Показатель	Баллы		
	1	2	3
Асцит	Нет	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо поддается лечению
Энцефалопатия	Нет	Незначительная	Выраженная
Билирубин, мкмоль/л	< 34	34–51	> 51
Альбумин, г/л	> 35	28–35	< 28
Протромбиновый индекс, %	60–80	40–60	< 40

*Комментарий:* каждый из показателей оценивают в баллах:

- 1) класс А (компенсированный) – 5–6 баллов;
- 2) класс В (субкомпенсированный) – 7–9 баллов;
- 3) класс С (декомпенсированный) – 10–15 баллов.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Фиброз и цирроз печени</b>	<b>К 74</b>
<i>Фиброз печени</i>	К 74.0
<i>Склероз печени</i>	К 74.1
<i>Фиброз печени в сочетании со склерозом печени</i>	К 74.2
<i>Первичный билиарный цирроз:</i> ■ хронический негнойный деструктивный холангит	К 74.3

Нозология	Шифр
<i>Вторичный билиарный цирроз</i>	К 74.4
<i>Билиарный цирроз неуточненный</i>	К 74.5
<i>Другой и неуточненный цирроз печени:</i> ■ БДУ; ■ криптогенный; ■ крупноузловой (макронодулярный); ■ мелкоузловой (микронодулярный); ■ смешанного типа; ■ портальный; ■ постнекротический	К 74.6

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Цирроз печени, вирусной этиологии (В + D), декомпенсированный, класс С по Чайлд-Пью, умеренная активность, медленно прогрессирующее течение, микронодулярный тип, с портальной гипертензией (асцит) и синдромом гиперспленизма. Шифр по МКБ-10: К 74.6.
2. Цирроз печени, алкогольной этиологии, декомпенсированный, класс С по Чайлд-Пью, активный, умеренной степени активности, медленно прогрессирующее течение, с портальной гипертензией, резко выраженным асцитом и выпотом в правую плевральную полость. Синдром гепатодепрессии с портокавальной энцефалопатией. Синдром гиперспленизма. Шифр по МКБ-10: К 74.6.

## БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шифр МКБ-10: класс X; рубрики К 80 – К 87

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (Григорьев П. Я., Яковенко А. В., 2001)

#### Стадии:

- 1 стадия – физико-химическая;
- 2 стадия – латентное бессимптомное камненосительство;
- 3 стадия – клиническая, осложненная (калькулезный холецистит, острый, хронический и др.).

#### По локализации:

- камни желчного пузыря;
- камни желчного протока.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)	К 80
<i>Камни желчного пузыря с острым холециститом</i>	К 80.0
<i>Камни желчного пузыря с другим холециститом</i>	К 80.1
<i>Камни желчного пузыря без холецистита:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ холецистолитиаз;</li> <li>■ холелитиаз;</li> <li>■ колика (рецидивирующая) желчного пузыря;</li> <li>■ желчный камень (ущемленный);</li> <li>■ пузырного протока;</li> <li>■ желчного пузыря</li> </ul>	К 80.2

Нозология	Шифр
<i>Камни желчного протока с холангитом</i>	К 80.3
<i>Камни желчного протока с холециститом</i>	К 80.4
<i>Камни желчного пузыря без холангита или холецистита:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ холедохолитиаз;</li> <li>■ холелитиаз;</li> <li>■ колика (рецидивирующая) желчного пузыря;</li> <li>■ камень желчный (ущемленный);</li> <li>■ желчного протока БДУ;</li> <li>■ общего протока;</li> <li>■ печеночного протока;</li> <li>■ печеночный(ая):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● холелитиаз;</li> <li>● колика (рецидивирующая)</li> </ul> </li> </ul>	К 80.5
<i>Другие формы холелитиаза</i>	К 80.8

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА (Максимов В. А., 1984)

#### 1. Этиология (микрофлора желчи):

- бактериальный;
- колибациллярный;
- энтерококковый;
- спрептококковый;
- стафилококковый;
- вирусный;
- паразитарный;
- немикробный (иммуногенный);
- аллергический;
- невыясненной этиологии.

#### 2. Характер течения:

- рецидивирующий;
- постоянно текущий или персистирующий;
- латентный.

**3. Фаза болезни:**

- обострение;
- ремиссия (стойкая, нестойкая).

**4. Состояние функции желчного пузыря:**

- сохраненная функция;
- нефункционирующий или «отключенный» желчный пузырь;
- дискинезия – гипокинетический или гиперкинетический тип.

**5. Осложнения:**

- перихолецистит;
- холангит;
- панкреатит;
- гастродуоденит и др.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

(Циммерман Я. С., 1992)

**1. По этиологии и патогенезу:**

- 1.1. Бактериальный.
- 1.2. Вирусный.
- 1.3. Паразитарный.
- 1.4. Немикробный («асептический», иммуногенный).
- 1.5. Аллергический.
- 1.6. «Ферментативный».
- 1.7. Невыясненной этиологии.

**2. По клиническим формам:**

- 2.1. Хронический бескаменный холецистит:
  - 2.1.1. С преобладанием воспалительного процесса.
  - 2.1.2. С преобладанием дискинетических явлений.
- 2.2. Хронический калькулезный холецистит.

**3. По типу дискинезий:**

- 3.1. Нарушение сократительной функции желчного пузыря:
  - 3.1.1. Гиперкинез желчного пузыря.

3.1.2. Гипокинез желчного пузыря – без изменения его тонуса (нормотония), с понижением тонуса (гипотония).

3.2. Нарушение тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей:

3.2.1. Гипертонус сфинктера Одди.

3.2.2. Гипертонус сфинктера Люткенса.

3.2.3. Гипертонус обоих сфинктеров.

**4. По характеру течения:**

- 4.1. Редко рецидивирующий (благоприятного течения).
- 4.2. Часто рецидивирующий (упорного течения).
- 4.3. Постоянного (монотонного) течения.
- 4.4. Маскировочный (атипичного течения).

**5. По фазам заболевания:**

- 5.1. Фаза обострения (декомпенсация).
- 5.2. Фаза затухающего обострения (субкомпенсация).
- 5.3. Фаза ремиссии (компенсация – стойкая, нестойкая).

**КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКИНЕЗИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ**

(Григорьев П. Я., Яковенко Э. П., 1996)

**Формы:**

1. Гиперкинетическая (гипертоническая):
  - а) с гипертонией желчного пузыря или (и) пузырного протока;
  - б) со спазмом сфинктера Одди.
2. Гипокинетическая (гипотоническая):
  - а) с гипотонией желчного пузыря;
  - б) с недостаточностью сфинктера Одди.
3. Смешанная.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Холецистит	К 81
<i>Острый холецистит</i>	К 81.0

Нозология	Шифр
<i>Хронический холецистит</i>	К 81.1
<i>Другие формы холецистита</i>	К 81.8
<i>Холецистит неуточненный</i>	К 81.9
<i>Другие болезни желчного пузыря</i>	<b>К 82</b>

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический некалькулезный бактериальный холецистит, рецидивирующий, в фазе обострения. Дискинезия желчного пузыря, гипокинетический тип. Перихолецистит. Шифр по МКБ-10: К 81.1.
2. Хронический некалькулезный бактериальный холецистит, латентное течение, обострение. Дискинезия желчных путей, гиперкинетическая форма, с гипертонией желчного пузыря. Шифр по МКБ-10: К 81.1.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (Ивашкин В. Т. и соавт., 1990)

1. По этиологии:
  - билиарнозависимый;
  - алкогольный;
  - дисметаболический;
  - лекарственный;
  - инфекционный;
  - идиопатический.
2. По морфологическому признаку:
  - интерстициально-отечный;
  - паренхиматозный;
  - фиброзно-склеротический;
  - гиперпластический;
  - кистозный.
3. Клинические формы:
  - болевой;
  - гипосекреторный;

- астеноневротический;
  - латентный;
  - сочетанный.
4. По характеру клинического течения:
    - редко рецидивирующий (обострения не больше 1–2 раз в год);
    - часто рецидивирующий (обострения 3–4 раза в год);
    - персистирующий (с постоянно присутствующей симптоматикой).
  5. По функциональному состоянию поджелудочной железы:
    - недостаточность внешнесекреторной функции (компенсированная, декомпенсированная);
    - недостаточность внутрисекреторной функции.
  6. Осложнения:
    - нарушение желчеотделения;
    - воспалительные изменения вследствие воздействия панкреатических энзимов: парапанкреатит, «ферментативный» холецистит, киста, абсцесс, выпотной плеврит, пневмония и др.;
    - панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния;
    - портальная гипертензия.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (Циммерман Я. С., 1995, с изменениями и дополнениями Н. Б. Губергриц, 2002)

1. По этиологии:
  1. Первичный ХП:
    - алкогольный;
    - другие.
  2. Вторичный ХП:
    - билиарный;
    - другие.
  3. Идиопатический ХП.

**II. По клиническим признакам:**

1. Болевой:
  - с рецидивирующей болью;
  - с постоянной болью.
2. Псевдотуморозный:
  - с холестазом;
  - с подпеченочной портальной гипертензией;
  - с частичной дуоденальной непроходимостью.
3. Латентный (безболевой).
4. Сочетанный.

**III. Стадии:**

1. Обострение (панкреатическая атака).
2. Ремиссия.
3. Нестойкая ремиссия.

**IV. По морфологическим признакам (Марсельско-Римская классификация):**

1. Кальцифицирующий.
2. Обструктивный.
3. Инфильтративно-фиброзный (воспалительный).
4. Фиброзно-склеротический (индуративный).

**V. По функциональным признакам:**

1. По патогенетически-функциональному варианту:
  - гиперферментемический;
  - гипоферментный.
2. По степени нарушения функции ПЖ:
  - 1) с нарушением экзокринной функции ПЖ:
    - а) по степени снижения (критерии Lankisch P. G. et al., 1993):
      - тяжелая;
      - умеренная;
      - легкая недостаточность;
    - б) по типу нарушения:
      - гиперсекреторный;
      - гипосекреторный;

- обтурационный (верхний или нижний);
  - дуктулярный;
- 2) с нарушением эндокринной функции ПЖ (гиперинсулинизм; гипофункция инсулярного аппарата – панкреатический сахарный диабет).

**VI. По тяжести:**

1. По тяжести структурных изменений ПЖ (определяется по Марсельско-Кембриджской классификации, 1996):
  - легкий;
  - средней тяжести;
  - тяжелый.
2. По тяжести течения:
  - легкое течение;
  - средней тяжести;
  - тяжелое течение.

**VII. Осложнения:**

1. Ранние:
  - обтурационная желтуха;
  - портальная гипертензия (подпеченочная форма);
  - желудочно-кишечные кровотечения;
  - ретенционная киста и псевдокиста;
  - бактериальные (абсцесс ПЖ, парапанкреатит, забрюшинная флегмона, холангит и др.);
  - системные осложнения (ДВС-синдром, дыхательная, почечная, печеночная недостаточность, энцефалопатия и др.).
2. Поздние:
  - стеаторея и другие признаки мальдигестии и мальабсорбции (гиповитаминоз, остеопороз и др.);
  - дуоденальный стеноз;
  - энцефалопатия;
  - анемия и др.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Другие болезни поджелудочной железы	К 86
<i>Хронический панкреатит алкогольной этиологии</i>	К 86.0
<i>Другие хронические панкреатиты:</i> 1) БДУ; 2) инфекционный; 3) повторяющийся; 4) рецидивирующий	К 86.1

**Пример формулировки диагноза:**

Хронический панкреатит, алкогольной этиологии, рецидивирующий, в фазе обострения с преимущественным нарушением внешнесекреторной функции, осложненный подпеченочной желтухой. Шифр по МКБ-10: К 86.1.

**БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ  
СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Шифр МКБ-10: класс XIII; рубрики M 00 – M 99*

**КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА)  
(Ассоциация ревматологов России, 2007)**

**1. Основной диагноз:**

- серопозитивный ревматоидный артрит;
- серонегативный ревматоидный артрит;
- особые клинические формы ревматоидного артрита:
  - синдром Фелти;
  - болезнь Стилла, развившаяся у взрослых;
  - вероятный ревматоидный артрит.

**2. Клиническая стадия:**

- очень ранняя стадия: длительность болезни < 6 мес.;
- ранняя стадия: длительность болезни 6 мес. – 1 год;
- развернутая стадия: длительность болезни > 1 года при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита;
- поздняя стадия: длительность болезни 2 года и более + выраженная деструкция мелких (III–IV рентгенологическая стадия) и крупных суставов, наличие осложнений.

**3. Степень активности болезни:**

- 0 – ремиссия (DAS28 < 2,6).
- I – низкая (DAS28 = 2,6–3,2).
- II – средняя (DAS28 = 3,3–5,1).
- III – высокая (DAS28 > 5,1).

**4. Внесуставные (системные) признаки:**

- ревматоидные узелки;
- кожный васкулит (язвенно-некротический васкулит, инфаркты ногтевого ложа, дигитальный артериит, лимфедо-ангиит);

- нейропатия (мононеврит, полинейропатия);
- плеврит (сухой, выпотной), перикардит (сухой, выпотной);
- сухой синдром;
- поражение глаз (склерит, эписклерит, васкулит сетчатки).

**5. Инструментальная характеристика:**

- наличие или отсутствие эрозий (по данным рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования):
  - неэрозивный;
  - эрозивный;
- рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру):
  - I – околоуставный остеопороз;
  - II – остеопороз + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии;
  - III – признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах;
  - IV – признаки предыдущей стадии + костный анкилоз.

**6. Дополнительная иммунологическая характеристика** – антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (анти-ЦЦП):

- анти-ЦЦП – присутствуют (+);
- анти-ЦЦП – отсутствуют (-).

**7. Функциональный класс (ФК):**

- I – полностью сохранены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью.
- II – сохранены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной деятельностью, ограничены возможности занятия профессиональной деятельностью.
- III – сохранены возможности самообслуживания, ограничены возможности занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью.
- IV – ограничены возможности самообслуживания, занятия непрофессиональной и профессиональной деятельностью.

**8. Осложнения:**

- вторичный системный амилоидоз;
- вторичный артроз;
- остеопороз (системный);
- остеонекроз;
- туннельные синдромы (синдром карпального канала, синдромы сдавления локтевого, большеберцового нервов);
- подвывих в атланта-аксиальном суставе, в т. ч. с миелопатией, нестабильность шейного отдела позвоночника;
- атеросклероз.

**К рубрике «Активность болезни»**

Для оценки активности рекомендуют применять индекс DAS28, в котором учтены четыре параметра: число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС) из 28 (плечевых, локтевых, лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, коленных), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и общее состояние здоровья пациента (ОСЗП) в см.

**DAS28** вычисляют по следующей формуле:

$$DAS28 = 0,56 \sqrt{ЧБС28} + 0,28 (ЧПС28) + 0,7 \ln(СОЭ) + 0,014 ОСЗП.$$

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ  
КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА  
(МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Воспалительные полиартропатии	M 05 – M 14
Серопозитивный ревматоидный артрит	M 05
<i>Синдром Фелти</i>	M 05.0

Нозология	Шифр
<b>Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем:</b> ■ ревматоидный: 1) кардит; 2) эндокардит; 3) миокардит; 4) миопатия; 5) перикардит; 6) полинейропатия	М 05.3
<b>Другие ревматоидные артриты</b>	<b>М 06</b>
<b>Серонегативный ревматоидный артрит</b>	М 06.0
<b>Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых</b>	М 06.1
<b>Ревматоидный узелок</b>	М 06.3

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Серопозитивный ревматоидный артрит, развернутая стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия II), анти-ЦЦП (-), ФК II. Шифр по МКБ-10: М 05.
2. Серонегативный ревматоидный артрит, ранняя стадия, активность III, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), анти-ЦЦП (+), ФК I. Шифр по МКБ-10: М 06.0.
3. Серопозитивный ревматоидный артрит, поздняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки, дигитальный артериит), эрозивный (рентгенологическая стадия III), анти-ЦЦП (не исследованы), ФК III, осложнения – синдром карпального канала справа, вторичный амилоидоз с поражением почек. Шифр по МКБ-10: М 05.8.
4. Вероятный серонегативный ревматоидный артрит, ранняя стадия, активность II, неэрозивный (рентгенологическая стадия I), анти-ЦЦП (+), ФК I. Шифр по МКБ-10: М 06.9.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОАРТРОЗА****I. Первичный (идиопатический):****А. Локализованный:**

- суставы кистей;
- суставы стоп;
- коленные суставы;
- тазобедренные суставы;
- позвоночник;
- другие суставы.

**Б. Генерализованный (3 группы суставов и более):**

- с поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов;
- с поражением крупных суставов;
- эрозивный.

**II. Вторичный:****А. Посттравматический.****Б. Врожденные, приобретенные заболевания или эндемические заболевания (болезнь Пертеса, синдром гипермобильности и др.).****В. Метаболические болезни:**

- охроноз;
- гемохроматоз;
- болезнь Вильсона;
- болезнь Гоше.

**Г. Эндокринопатии:**

- акромегалия;
- гиперпаратиреоз;
- сахарный диабет;
- гипотиреоз.

**Д. Болезнь отложения кальция.****Е. Нефропатии (болезнь Шарко).****Ж. Другие заболевания (аваскулярный некроз, РА, болезнь Педжета и др.).**

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

для определения стадии остеоартроза  
(Келлгрэн, Лоуренс, 1957)

1. Изменения отсутствуют.
2. Сомнительные рентгенологические признаки.
3. Минимальные изменения (небольшое снижение суставной щели, единичные остеофиты).
4. Умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты).
5. Выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляют глубокие остеофиты).

**Локализации:**

- гонартроз (остеоартроз коленного сустава);
- коксартроз (остеоартроз тазобедренного сустава);
- дистальные межфаланговые суставы (узелки Гебердена);
- проксимальные фаланговые суставы (узлы Бушара);
- деформирующий полиостеоартроз (генерализованная форма).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ОСТЕОАРТРОЗА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Артрозы	М 15 – М 19
Полиартроз	М 15
Первичный генерализованный (остео)артроз	М 15.0
Узлы Гебердена (с артропатией)	М 15.1
Узлы Бушара (с артропатией)	М 15.2
<b>Вторичный множественный артроз:</b>	М 15.3
■ посттравматический полиартроз	
<b>Коксартроз (артроз тазобедренного сустава)</b>	<b>М 16</b>
<b>Гонартроз (артроз коленного сустава)</b>	<b>М 17</b>

Нозология	Шифр
Артроз первого запястно-пястного сустава	М 18
Другие артрозы	М 19

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Первичный остеоартроз, двусторонний гонартроз, поражение межфаланговых суставов, стадия II, ФН II степени. Шифр по МКБ-10: М 15.
2. Деформирующий полиостеоартроз с преимущественным поражением тазобедренных и коленных суставов, вторичный синовит, стадия III, ФН II степени. Шифр по МКБ-10: М 15.0.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОПОРОЗА  
(Российская ассоциация по остеопорозу, 1997)****Первичный остеопороз:**

- постменопаузальный (I тип);
- сенильный (II тип);
- ювенильный;
- идиопатический.

**Вторичный остеопороз при заболеваниях:**

- эндокринной системы [гиперпаратиреоз, гипогонадизм, гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет, тиреотоксикоз, эндогенный гиперкортицизм (болезнь или синдром Иценко-Кушинга)];
- ревматических (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, СКВ и др.);
- органов пищеварения (мальабсорбция, состояние после резекции желудка, хронические заболевания печени);
- почек (почечный канальцевый ацидоз, синдром Фанкони, хроническая почечная недостаточность);

- крови (лейкозы и лимфомы, миеломная болезнь, системный мастоцитоз, талассемия);
- других заболеваниях и состояниях (алкоголизм, длительная иммобилизация, нарушения питания, нервная анорексия, овариэктомия, трансплантация органов, хронические обструктивные заболевания легких);
- генетических нарушениях [гомоцистинурия и лизинурия, несовершенный остеогенез, синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса (несовершенный десмогенез)];
- приеме лекарственных препаратов (глюкокортикоиды, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, алюминийсодержащие антациды, антиконвульсанты, ГК, иммунодепрессанты, гормоны щитовидной железы).

#### Критерии диагностики ВОЗ

для женщин европеоидной расы [их основа – порог минеральной плотности кости (МПК) – снижение плотности более чем на 2,5 стандартных отклонения (SD) от значения пиковой костной массы (Т-критерий)]

- **Норма** – МПК снижена не более чем на 1 стандартное отклонение от значения пиковой костной массы.
- **Остеопения** – МПК снижена на 1–2,5 стандартных отклонения.
- **Остеопороз** – МПК снижена более чем на 2,5 стандартных отклонения.
- **Тяжелый остеопороз** – МПК снижена более чем на 2,5 стандартных отклонения, в анамнезе один и более переломов.

Однако эта классификация не учитывает микроархитектурные изменения кости, способные снижать ее прочность независимо от МПК.

#### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОПОРОЗА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Нарушения плотности и структуры кости	М 80 – М 85
Остеопороз с патологическим переломом	М 80
<i>Постменопаузальный остеопороз с патологическим переломом</i>	М 80.0
<i>Остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников</i>	М 80.1
<i>Остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью</i>	М 80.2
<i>Постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный нарушением всасывания в кишечнике</i>	М 80.3
<i>Лекарственный остеопороз с патологическим переломом</i>	М 80.4
<i>Идиопатический остеопороз с патологическим переломом</i>	М 80.5
<i>Другой остеопороз с патологическим переломом</i>	М 80.8
<i>Остеопороз с патологическим переломом неуточненный</i>	М 80.9
<i>Остеопороз без патологического перелома</i>	М 81
<i>Постменопаузальный остеопороз</i>	М 81.0
<i>Остеопороз после удаления яичников</i>	М 81.1
<i>Остеопороз, вызванный обездвиженностью</i>	М 81.2
<i>Постхирургический остеопороз, вызванный нарушением всасывания</i>	М 81.3
<i>Лекарственный остеопороз</i>	М 81.4
<i>Идиопатический остеопороз</i>	М 81.5

Нозология	Шифр
<i>Локализованный остеопороз (Лекена)</i>	М 81.6
<i>Другие остеопорозы</i>	М 81.8
<i>Остеопороз неуточненный</i>	М 81.9
<b>Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>М 82</b>
<i>Остеопороз при множественном миеломатозе (С 90.0)</i>	М 82.0
<i>Остеопороз при эндокринных нарушениях (Е 00 – Е 34)</i>	М 82.1
<i>Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках</i>	М 82.8
<b>Остеомаляция у взрослых</b>	<b>М 83</b>

### КЛАССИФИКАЦИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА (2004)

#### 1. Клинические формы:

1. Центральная – поражение позвоночника и осевых суставов (плечевых и тазобедренных) без поражения периферических суставов.
2. Периферическая – поражение периферических суставов отдельно или в сочетании с поражением позвоночника и осевых суставов.
3. Висцеральная – сочетание центральной или периферической формы с поражением внутренних органов (аортит и др.).

#### 2. Течение:

- медленно прогрессирующий;
- медленно прогрессирующий с периодами обострения;
- быстро прогрессирующий.

#### 3. Клинико-рентгенологические стадии:

- I – начальная или ранняя;
- II – умеренных повреждений;
- III – поздняя.

#### 4. Степень активности:

- 0 – отсутствует;
- I степень – минимальная;
- II степень – умеренная;
- III степень – выраженная.

#### 5. Степень функциональной недостаточности – ФН (стадии сакроилеита):

- I – изменение физиологических изгибов позвоночника и ограничение подвижности позвоночного столба и суставов конечностей, самообслуживание сохранено или незначительно нарушено.
- II – значительное ограничение подвижности позвоночного столба и суставов конечностей, вследствие чего больной вынужден поменять профессию, самообслуживание значительно нарушено.
- III – анкилоз всех отделов позвоночного столба и тазобедренных суставов, потеря трудоспособности, невозможность самообслуживания.

#### 6. Рентгенологические стадии сакроилеита:

- 0 – норма.
- I – на фоне равномерного остеопороза выявлены участки склероза, в субхондральном отделе суставная щель неравномерно расширена, суставные поверхности теряют четкость (размытая суставная щель).
- II – увеличивается субхондральный склероз, фрагментируются замыкательные пластинки, суставные щели неравномерно сужены, окостенения крестцово-подвздошных связок, картина «нитки жемчужин».
- III – эрозии, значительное сужение суставной щели, частичный анкилоз крестцово-подвздошных суставов, окостенение связочного аппарата.
- IV – анкилоз крестцово-подвздошных суставов.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА (АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО  
СПОНДИЛОАРТРИТА) (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Дорсопатии	М 40 – М 54
Деформирующие дорсопатии	М 40 – М 43
Остеохондроз позвоночника	М 42
<i>Остеохондроз позвоночника у взрослых</i>	М 42.1
Спондолопатии	М 45 – М 49
Анкилозирующий спондилит	М 45

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), центральная форма, медленно прогрессирующее течение, активность I степени, двусторонний сакроилеит III стадии, спондилит поясничного отдела позвоночника II стадии, НФС II ст. Шифр по МКБ-10: М 45.
2. Болезнь Бехтерева, центральная форма, медленно прогрессирующее течение, II стадии, III степени активности, ФНС II ст. Шифр по МКБ-10: М 45.

**КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  
(Насонова В. А., 1972–1986)**

**1. Характер течения болезни:**

- острое;
- подострое;
- хроническое:
  - рецидивирующий полиартрит;
  - синдром дискоидной волчанки;
  - синдром Рейно;
  - синдром Верльгофа;
  - синдром Шегрена;
  - антифосфолипидный синдром.

2. Фаза: неактивная (ремиссия); активная.
3. Степень активности процесса:
  - 1 – минимальная;
  - 2 – умеренная;
  - 3 – высокая.

**4. Клинико-морфологическая характеристика поражений:**

кожи	«симптом бабочки»; капилляриты; экссудативная эритема, пурпура; дискоидная волчанка и др.
суставов	артралгии; острый, подострый и хронический полиартрит
серозных оболочек	полисерозит (плеврит, перикардит и др.)
сердца	миокардит, эндокардит, недостаточность митрального клапана
легких	острый, хронический пневмонит, пневмосклероз
почек	люпус-нефрит нефротического или смешанного типа; мочевого синдром
нервной системы	менингоэнцефалополирадикулоневрит; полиневрит

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Системная красная волчанка	М 32
<i>Системная красная волчанка с поражением других органов и систем:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ болезнь Либмана-Сакса;</li> <li>■ перикардит при системной красной волчанке;</li> <li>■ системная красная волчанка:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● с поражением почек;</li> <li>● с поражением легких</li> </ul> </li> </ul>	М 32.1

Нозология	Шифр
<i>Другие формы системной красной волчанки</i>	М 32.8
<i>Системная красная волчанка неуточненная</i>	М 32.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Системная красная волчанка, острое течение, активность III степени, экссудативная эритема, полиартрит, полисерозит (экссудативный плеврит, перикардит), диффузный миокардит, Н П<sub>б</sub>, III ФК. Шифр по МКБ-10: М 32.1.
2. Системная красная волчанка, хроническое течение, активность I степени, синдром дискоидной волчанки, артралгия. Адгезивный левосторонний плеврит. Шифр по МКБ-10: М 32.1.

### КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (Гусева Н. Г., 2008)

**Клинические формы:**■ **Диффузная форма:**

- генерализованное поражение кожи конечностей, лица и туловища в течение одного года; синдром Рейно (одновременно или после поражения кожи);
- раннее развитие висцеральной патологии (интерстициальное поражение легких, поражения ЖКТ, миокарда, почек);
- значительная редукция капилляров ногтевого ложа с формированием аваскулярных участков (по данным капилляроскопии ногтевого ложа);
- выявление антител к топоизомеразе-1 (Scl-70).

■ **Лимитированная форма:**

- длительный период изолированного синдрома Рейно;
- поражение кожи ограничено областью лица, кистей и стоп;
- позднее развитие легочной гипертензии, поражения пищеварительного тракта, телеангиэктазий, кальциноза (CREST-синдром);

- расширение капилляров ногтевого ложа без выраженных аваскулярных участков;
  - выявление антицентромерных антител.
- **Перекрестная форма (overlap-syndrome).** Характерно сочетание клинических признаков ССД и еще одного или нескольких системных заболеваний соединительной ткани.
- **Висцеральная форма:**
- отсутствие уплотнения кожи;
  - синдром Рейно;
  - признаки легочного фиброза, острой склеродермической почки, поражения сердца и ЖКТ;
  - выявление АНА (Scl-70, АЦА).
- **Ювенильная склеродермия:**
- начало болезни до 16 лет;
  - поражение кожи нередко по типу очаговой или линейной (гемиформа) склеродермии;
  - склонность к образованию контрактур, возможны аномалии развития конечностей.
- **Индукцированная склеродермия:** распространенное, чаще диффузное поражение кожи (индурация), иногда в сочетании с сосудистой патологией, развившееся после воздействия химических и других факторов внешней среды.
- **Пресклеродермия:** клинически изолированный синдром Рейно в сочетании с капилляроскопическими и/или иммунологическими нарушениями, свойственными ССД.
- Варианты течения:**
- острое быстро прогрессирующее течение;
  - подострое умеренно прогрессирующее течение;
  - хроническое медленно прогрессирующее течение.
- Стадии ССД:**
- I – начальная – выявляют 1–3 локализации болезни.
- II – стадия генерализации, отражающая системный, полисиндромный характер процесса.
- III – поздняя (терминальная), когда имеется недостаточность одного или нескольких органов (сердце, легкие, почки).

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Системный склероз:</b> ■ склеродермия	М 34
<i>Прогрессирующий системный склероз</i>	М 34.0
<i>Синдром CR(E)ST: сочетание кальциноза, синдрома Рейно, дисфункции пищевода склеродактилии и телеангиэктазии</i>	М 34.1
<i>Системный склероз, вызванный лекарственными средствами и химическими соединениями</i>	М 34.2
<i>Другие формы системного склероза:</i> ■ системный склероз; ■ с поражением легких; ■ с миопатией	М 34.8
<i>Системный склероз неуточненный</i>	М 34.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Системная склеродермия, диффузная форма, подострое умеренно прогрессирующее течение. Шифр по МКБ-10: М 34.
2. Системная склеродермия, висцеральная форма, кардио-склероз, адгезивный плеврит, генерализованная стадия, высокая степень активности, синдром Рейно. Шифр по МКБ-10: М 34.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ

(в модификации Miller, 1994; рекомендована к применению Ассоциацией ревматологов России, 2008)

- Первичный идиопатический полимиозит.
- Первичный идиопатический дерматомиозит.
- Миозит, ассоциированный с системными заболеваниями соединительной ткани.

- Ювенильный полимиозит/дерматомиозит.
- Миозит, сочетающийся со злокачественными опухолями.
- Миозит с «включениями».
- Другие формы воспалительных миопатий:
  - гранулематозный миозит;
  - эозинофильный миозит;
  - миозит при васкулитах;
  - орбитальный миозит (глазных мышц);
  - фокальный (узелковый) миозит;
  - оссифицирующий миозит.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА (ПОЛИМИОЗИТА) (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Дерматополимиозит</b>	<b>М 33</b>
<b>Другие системные поражения соединительной ткани</b>	<b>М 35</b>
<i>Сухой синдром (Шегрена):</i> ■ кератоконъюктивитом; ■ поражением легких; ■ миопатией; ■ тубулоинтерстициальным поражением почек	М 35.0
<i>Другие перекрестные синдромы:</i> ■ смешанное заболевание соединительной ткани	М 35.1
<i>Болезнь Бехчета</i>	М 35.2
<i>Ревматическая полимиалгия</i>	М 35.3
<i>Диффузный (эозинофильный) фасциит</i>	М 35.4
<i>Многоочаговый фибросклероз</i>	М 35.5
<i>Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена</i>	М 35.6
<i>Гипермобильный синдром разболтанности, излишней подвижности:</i> ■ семейная слабость связок	М 35.7

Нозология	Шифр
<i>Другие уточненные системные поражения соединительной ткани</i>	М 35.8
<b>Системные поражения соединительной ткани неуточненные</b> ■ аутоиммунная болезнь (системная) БДУ ■ коллагеновая (васкулярная) болезнь БДУ	М 35.9
<b>Системные поражения соединительной ткани при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	М 36

**Примеры формулировки диагноза:**

- Идиопатический дерматомиозит, подострое течение, манифестный период, Ш степень активности, эритема, параорбитальный отек, мышечная тетраплегия, поражение мышц глотки, гортани, пищевода, диафрагмы, дисфагия, аспирационная пневмония. Шифр по МКБ-10: М 33.
- Рак молочной железы Ш стадии. Паранеопластический дерматомиозит, подострое течение, манифестный период, Ш степень активности, эритема кожи, параорбитальный отек, поражение мышц глотки, глаз. Шифр по МКБ-10: М 35.9.

**КЛАССИФИКАЦИЯ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА**  
(Семенкова Е. Н., 1988)

**1. Клинические варианты:**

- классический (почечно-висцеральный или почечно-полиневритический);
- астматический<sup>23</sup>;
- кожно-тромбангитический;
- моноорганный.

**2. Течение:**

- благоприятное (доброкачественное);
- медленно прогрессирующее (без артериальной гипертензии и с артериальной гипертензией);

<sup>23</sup> В настоящее время астматический вариант считается характерным для синдрома Чарга-Стросса.

- рецидивирующее;
- быстро прогрессирующее;
- острое или молниеносное.

**3. Фаза болезни:**

- активная;
- неактивная;
- склеротическая.

**4. Осложнения:**

- инфаркты различных органов и их склероз;
- геморрагии (разрыв аневризмы);
- прободение язв;
- гангрена кишечника;
- развитие уремии;
- нарушение мозгового кровообращения;
- энцефаломиелит.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**  
**УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Системные поражения соединительной ткани</b>	<b>М 30 – М36</b>
<b>Узелковый полиартериит и родственные состояния</b>	<b>М 30</b>
<i>Узелковый полиартериит</i>	М 30.0
<i>Другие некротизирующие васкулопатии</i>	М 31
<b>Гиперчувствительный ангиит:</b> ■ синдром Гудпасчера	М 31.0
<b>Грануломатоз Вегенера:</b> ■ некротизирующий респираторный грануломатоз	М 31.3
<b>Синдром дуги аорты (Такаясу)</b>	М 31.4
<b>Гигантклеточный артериит с ревматической полимиалгией</b>	М 31.5

Нозология	Шифр
<i>Другие гигантоклеточные артерииты</i>	М 31.6
<i>Другие уточненные некротизирующие васкулопатии:</i> ■ гипокомплементемический васкулит	М 31.8
<i>Некротизирующая васкулопатия неуточненная</i>	М 31.9

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Узелковый периартериит, классический вариант (пневмонит, коронариит, гломерулонефрит, артериальная гипертония), доброкачественное течение, активная фаза. Шифр по МКБ-10: М 30.0.
2. Узелковый периартериит, астматический вариант (бронхиальная астма, абдоминальный синдром, полиневрит), рецидивирующее течение, неактивная фаза. Шифр по МКБ-10: М 30.0.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА**

**1. Форма:**

- урогенитальная;
- постэнтероколитическая.

**2. Характер процесса:**

- первичный;
- возвратный;
- хронический.

**3. Клинико-морфологическая характеристика:**

- уретрит, простатит, баланопостит, цистит;
- сальпингоофорит, кольпит, эрозия шейки матки;
- конъюнктивит, увеит, ирит.

**4. Характеристика опорно-двигательного аппарата:**

- моно-, олиго-, полиартрит;
- сакроилеит, спондилит;
- энтезопатии, бурситы.

**5. Рентгенологическая характеристика артрита:**

- одно- или двусторонний сакроилеит;
- спондилит (каких позвонков);
- энтезопатии, бурситы.

**6. Степень активности: 1, 2, 3.**

**7. Недостаточность функции суставов (НФС): I, II, III.**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА И ДРУГИХ АРТРОПАТИЙ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Артропатии</b>	<b>М 00 – М 25</b>
<b>Инфекционные артропатии</b>	<b>М 00 – М 03</b>
<b>Реактивные артропатии</b>	<b>М 02</b>
<i>Постдизентерийная артропатия</i>	М 02.1
<i>Болезнь Рейтера</i>	М 02.3
<i>Другие реактивные артропатии</i>	М 02.8
<b>Псориатические и энтеропатические артропатии</b>	<b>М 07</b>
<b>Юношеский (ювенильный) артрит</b>	<b>М 08</b>
<b>Юношеский (ювенильный) артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>М 09</b>
<b>Подагра</b>	<b>М 10</b>
<b>Другие кристаллические артропатии</b>	<b>М 11</b>
<b>Другие специфические артропатии</b>	<b>М 12</b>
<b>Другие артриты</b>	<b>М 13</b>
<b>Артропатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>М 14</b>
<b>Артропатия при новообразованиях (С 00 – С 48):</b> ■ артропатия при: ● лейкозе; ● злокачественном гистиоцитозе; ● множественной миеломе	М 36.1

Нозология	Шифр
Артропатия при гемофилии (D 66 – D 68)	M 36.2
Артропатия при других болезнях крови (D 50 – D76)	M 36.3
Артропатия при реакциях гиперчувствительности, классифицированных в других рубриках: ■ артропатия при пурпуре Шенлейн-Геноха (D 69.0)	M 36.4
Системные поражения соединительной ткани при других болезнях, классифицированных в других рубриках: ■ системные поражения соединительной ткани при: ● гипогаммаглобулинемии (D 80); ● охронозе (E 70.2)	M 36.8

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Болезнь Рейтера, урогенитальная форма, хроническое течение, с поражением мочеполового тракта (уретрит, простатит), органов зрения (острый передний увеит), полиартрит II степени активности, левосторонний сакроилеит II стадии, ахиллобурсит слева, I степень активности, НФС-II. Шифр по МКБ-10: M 02.3.
2. Болезнь Рейтера, постэнтероколитическая форма, хроническое течение, с поражением мочеполового тракта (уретрит, простатит), органов зрения (конъюнктивит), полиартрит II степени активности, правосторонний сакроилеит II стадии, ахиллобурсит справа, II степень активности, НФС-II. Шифр по МКБ-10: M 02.3.

## БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

*Шифр МКБ-10: класс XIV; рубрики N 00 – N 99*

### КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (Рябов С. И., 1982)

**1. Клинические формы (варианты):**

- моносимптомная (с изолированным мочевым синдромом);
- развернутая;
- нефротическая.

**2. Осложнения:**

- острая сердечная недостаточность;
- энцефалопатия (эклампсия);
- острая почечная недостаточность и др.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Болезни мочеполовой системы	N 00 – N 99
<i>Незначительные гломерулярные нарушения Минимальное повреждение</i>	.0
<i>Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения Очаговый и сегментарный: ■ гиалиноз; ■ склероз Очаговый гломерулонефрит</i>	.1
<i>Диффузный мембранозный гломерулонефрит</i>	.2

Нозология	Шифр
<i>Диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит</i>	.3
<i>Диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит</i>	.4
<i>Диффузный мезангокапиллярный гломерулонефрит</i> <i>Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит (типы 1 и 3 или БДУ)</i>	.5
<i>Болезнь плотного осадка</i> <i>Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит (тип 2)</i>	.6
<i>Диффузный серповидный гломерулонефрит</i> <i>Экстракапиллярный гломерулонефрит</i>	.7
<i>Другие изменения</i> <i>Пролиферативный гломерулонефрит БДУ</i>	.8
<i>Неуточненное изменение</i>	.9
Гломерулярные болезни	N 00 – N 08
Острый нефритический синдром	N 00
Быстро прогрессирующий нефритический синдром	N 01
Нефротический синдром	N 04
Изолированная протеинурия с уточненным морфологическим поражением	N 06

**Пример формулировки диагноза:**

Острый гломерулонефрит, развернутая форма. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма). Шифр по МКБ-10: N 00.8.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**  
(основана на классификации Тареева Е. М., 1983)

Клинические формы (варианты)	Фаза болезни	Функциональное состояние почек
1. С изолированным мочевым синдромом (латентная): 1.1. Гематурическая (болезнь Берже)	Обострение	1. Функция достаточная (не нарушена)
	Ремиссия	2. Хроническая почечная недостаточность (ХПН): 2.1. Компенсированная, консервативная стадия (относительная недостаточность)
2. Гипертензивная		2.2. Терминальная стадия (абсолютная относительная недостаточность)
3. Нефротическая		
4. Смешанная		

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Гломерулярные болезни	N 00 – N 08
Рецидивирующая и устойчивая гематурия	N 02
Хронический нефритический синдром	N 03
Нефротический синдром	N 04
Нефритический синдром неуточненный	N 05
Изолированная протеинурия с уточненным морфологическим поражением	N 06
Наследственная нефропатия, не классифицированная в других рубриках	N 07
Гломерулярные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках	N 08

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический гломерулонефрит, с изолированным мочевым синдромом, в фазе обострения, с достаточной функцией почек. Шифр по МКБ-10: N 03.0.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, в фазе обострения. Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия. Шифр по МКБ-10: N 03.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА**

Клинические формы (варианты)	Фаза болезни	Функциональное состояние почек <sup>24</sup>
1. Рецидивирующая (цистопиелитическая)	Обострение	1. Функция достаточная (не нарушена)
		2. Хроническая почечная недостаточность (ХПН):
2. Латентная (с изолированным мочевым синдромом)	Ремиссия	■ компенсированная, консервативная стадия (относительная недостаточность)
		■ терминальная стадия (абсолютная недостаточность)

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК  
(МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Тубулоинтерстициальные болезни почек	N 10 – N 16
<b>Острый тубулоинтерстициальный нефрит:</b> ■ инфекционный интерстициальный нефрит; ■ пиелит; ■ пиелонефрит	N 10

<sup>24</sup> Начиная с 2011 года для оценки функционального состояния почек используется классификация стадий хронической болезни почек (см. ниже).

Нозология	Шифр
<b>Хронический тубулоинтерстициальный нефрит:</b> ■ пиелонефрит (хронический), связанный с пузырно-мочеточниковым рефлюксом	N 11
<b>Пиелонефрит обструктивный:</b> ■ пиелонефрит (хронический), связанный: • с аномалией; • перегибом; • обструкцией; • структурой	N 11.1
<b>Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты:</b> ■ необструктивные хронические пиелонефриты БДУ	N 11.8
<b>Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный</b>	N 11.9
<b>Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточненный как острый или хронический</b>	N 12
<b>Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия</b>	N 13
<b>Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжелыми металлами</b>	N 14
<b>Другие тубулоинтерстициальные болезни почек</b>	N 15
<b>Тубулоинтерстициальные поражения при болезнях, классифицируемых в других рубриках</b>	N 16
<b>Мочекаменная болезнь</b>	N 20 – N 23
<b>Камни почек и мочеточника</b>	N 20
<b>Камни нижних отделов мочевых путей</b>	N 21
<b>Камни мочевых путей при болезнях, классифицируемых в других рубриках</b>	N 22
<b>Почечная колика неуточненная</b>	N 23

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический пиелонефрит, латентная форма, в фазе обострения, с достаточной функцией почек. Шифр по МКБ-10: N 11.

2. Хронический пиелонефрит, рецидивирующая форма, в фазе ремиссии. Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия. Шифр по МКБ-10: N 11.

**СТРАТИФИКАЦИЯ СТАДИЙ  
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО УРОВНЮ СКФ<sup>25</sup>  
(K/DOQI, 2002)**

Стадия	Характеристика	Уровень СКФ, мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>
C1	Повреждение почек с высокой и оптимальной СКФ	> 90
C2	Повреждение почек с незначительным снижением СКФ	60–89
C3a	Умеренно сниженная СКФ	45–59
C3b	Существенно сниженная СКФ	30–44
C4	Резко сниженная СКФ	15–29
C5	Терминальная почечная недостаточность	< 15

**КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
(K/DOQI, 2002)**

Стадия	Клиническая оценка тяжести ХПН	СКФ, мл/мин	Основные клинические синдромы
I	Начальная (легкая)	30–59	Артериальная гипертензия, вторичный гиперпаратиреоз

<sup>25</sup> СКФ – скорость клубочковой фильтрации. Далее см. номограмму для расчета скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина крови, с учетом пола, возраста и расы (по формуле СКД-EPI, 2011).

Стадия	Клиническая оценка тяжести ХПН	СКФ, мл/мин	Основные клинические синдромы
II	Умеренная	15–29	То же + анемия
III	Тяжелая	< 15	То же + задержка жидкости, анорексия, тошнота, рвота, снижение ментальной функции
IV	Терминальная	< 5	То же + отек легких, кома, метаболический ацидоз, гиперкалиемия

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (МКБ-10)  
(до 2007 года)**

Нозология	Шифр
<b>Почечная недостаточность</b>	<b>N 17 – N19</b>
<b>Острая почечная недостаточность</b>	<b>N 17</b>
<b>Хроническая почечная недостаточность:</b> ■ хроническая уремия; ■ диффузный склерозирующий гломерулонефрит	<b>N 18</b>
<i>Терминальная стадия поражения почек</i>	N 18.0
<i>Другие проявления хронической почечной недостаточности</i>	N 18.8
<i>Хроническая почечная недостаточность неуточненная</i>	N 18.9
<b>Почечная недостаточность неуточненная</b>	<b>N 19</b>

**СООТВЕТСТВИЕ СТАДИЙ ХБП КОДИРОВКЕ МКБ-10  
(с изменениями от октября 2007 года)<sup>26</sup>**

Стадии ХБП	Код МКБ-10 (с поправками от октября 2007) <sup>27</sup>	Описание МКБ-10
<b>C1</b>	<b>N 18.1</b>	ХБП 1 стадии, повреждение почек с нормальной или повышенной СКФ (> 90 мл/мин)
<b>C2</b>	<b>N 18.2</b>	ХБП 2 стадии, повреждение почек с незначительно сниженной СКФ (60–89 мл/мин)
<b>C3a</b>	<b>N 18.3</b>	ХБП 3 стадии, повреждение почек с умеренно сниженной СКФ (30–59 мл/мин)
<b>C3b</b>		
<b>C4</b>	<b>N 18.4</b>	ХБП 4 стадии, повреждение почек с выраженным снижением СКФ (15–29 мл/мин)
<b>C5</b>	<b>N 18.5</b>	ХБП 5 стадии, хроническая уремия, терминальная стадия заболевания почек (включая случаи ЗПТ (диализ и трансплантация))

<sup>26</sup> Для обозначения этиологии ХБП следует использовать соответствующие коды заболеваний.

<sup>27</sup> Кодом N 18.9 обозначаются случаи ХБП с неуточненной стадией.

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ  
ЛИМФОИДНОЙ, КРОВЕТВОРНОЙ  
И РОДСТВЕННЫХ ИМ ТКАНЕЙ**

*Шифр МКБ-10: класс – XI; рубрики – C 81 – C 96*

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОБЛАСТОЗОВ  
(Воробьев А. И., 1985)**

**По первичному опухолевому поражению костного мозга:**

- лейкозы – системные процессы с первичным опухолевым поражением костного мозга:
  - острые;
  - хронические:
    - ▼ *миелопролиферативные:*
      - ◆ хронический миелолейкоз;
      - ◆ сублейкемический миелоз;
      - ◆ истинная полицитемия;
      - ◆ хронический моноцитарный лейкоз;
      - ◆ хронический мегакариоцитарный лейкоз;
      - ◆ эритромиелоз;
      - ◆ тучноклеточный лейкоз;
    - ▼ *лимфопротеративные:*
      - ◆ хронический лимфолейкоз – типичная форма и его варианты: пролимфоцитарный, опухолевый, Т-клеточный;
      - ◆ парапротеинемические гемобластозы: множественная миелома (миеломная болезнь, плазмоцитома, болезнь Рустицкого-Каллера), макроглобулинемия Вальдстрема, болезни тяжелых цепей;
      - ◆ гематосаркомы (лимфомы) – внекостномозговые первоначально локальные опухоли:
        - ❖ лимфогрануломатоз (болезнь Ходжкина);
        - ❖ неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы).

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ГЕМОБЛАСТОЗОВ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Болезнь Ходжкина	С 81
<i>Лимфоидное преобладание (лимфогистиоцитарное преобладание)</i>	С 81.0
<i>Нодулярный склероз</i>	С 81.1
<i>Смешанно-клеточный вариант</i>	С 81.2
<i>Лимфоидное истощение</i>	С 81.3
Фолликулярная (нодулярная) неходжкинская лимфома	С 82
Злокачественные иммунопролиферативные болезни	С 88
Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования	С 90
<i>Одиночная плазмочитома</i>	С 90.3

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ  
(Воробьев А. И., 1985)

## 1. Основные варианты (по морфологическим характеристикам):

- лимфобластный;
- миелобластный;
- монобластный;
- миеломонобластный;
- промиелоцитарный;
- эритромиелоз;
- недифференцируемый.

## 2. Стадии лейкоза:

- начальная;
- развернутая:
  - первая атака;

- ремиссия:
    - ▼ полная (в том числе выздоровление);
    - ▼ неполная;
  - рецидив болезни – появление клинических и лабораторных признаков ОЛ после полной ремиссии (1-й, 2-й и т. д., чем проявляется);
  - терминальная.
3. Фазы болезни:
- лейкемическая;
  - алейкемическая.

FAB – КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ  
(предложена гематологами Франции, Америки, Великобритании  
в 1976 году, основана на морфологических  
и цитохимических признаках)

## I. Миелоидные лейкозы:

- M0 – с недифференцированными бластными клетками.
- M1 – ОМЛ без признаков созревания бластов.
- M2 – ОМЛ с признаками созревания бластов.
- M3 – промиелоцитарный лейкоз.
- M4 – миеломоноцитарный лейкоз.
- M4-E0 – с аномальными эозинофилами.
- M5 – моноцитарный (монобластный) лейкоз.
- M5a – недифференцированный лейкоз (более 80 % составляют клетки типа монобластов).
- M5b – с признаками дифференциации клеток моноцитарного ряда, монобластов менее 80 %, остальные клетки – промоноциты и моноциты.
- M6 – острый эритролейкоз.
- M7 – острый мегакариобластный лейкоз.

## II. Лимфобластные лейкозы:

- L1 – с малыми размерами бластов (чаще у детей).
- L2 – с крупными размерами бластов (чаще у взрослых).
- L3 – с бластными клетками типа клеток при лимфоме Беркитта.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	<b>С 91</b>
<i>Острый лимфобластный лейкоз</i>	С 91.0
<i>Подострый лимфоцитарный лейкоз</i>	С 91.2
<i>Пролимфоцитарный лейкоз</i>	С 91.3
<i>Волосатоклеточный лейкоз</i>	С 91.4
<i>Т-клеточный лейкоз взрослых</i>	С 91.5
<i>Пролимфоцитарная лейкемия Т-клеточного типа</i>	С 91.6
<i>Другой уточненный лимфоидный лейкоз</i>	С 91.7
<i>Зрелая В-клеточная лейкемия типа Беркитта</i>	С 91.8
<i>Лимфоидный лейкоз неуточненный</i>	С 91.9
<b>Миелоидный лейкоз (миелолейкоз):</b> ■ гранулоцитарный; ■ миелогенный	<b>С 92</b>
<i>Острая миелоидная лейкемия с аномалиями LLQ23</i>	С 92.6
<i>Острая миелоидная лейкемия с мультифокальной дисплазией</i>	С 92.8
<i>Острый миелоидный лейкоз</i>	С 92.0
<i>Острый промиелоцитарный лейкоз</i>	С 92.4
<i>Острый миеломоноцитарный лейкоз</i>	С 92.5
<b>Моноцитарный лейкоз</b>	<b>С 93</b>

Нозология	Шифр
<i>Острый моноцитарный лейкоз</i>	С 93.0
<b>Другой лейкоз уточненного клеточного типа</b>	<b>С 94</b>
<b>Острая эритремия и эритролейкоз:</b> ■ острый эритремический миелоз; ■ болезнь Ди Гульельмо	С 94.0
<b>Острый мегакариобластный лейкоз:</b> ■ мегакариобластный (острый); ■ мегакариоцитарный (острый)	С 94.2
<i>Тучноклеточный лейкоз</i>	С 94.3
<i>Острый панмиелоз</i>	С 94.4
<i>Острый миелофиброз</i>	С 94.5
<b>Другой уточненный лейкоз:</b> ■ лимфосаркомклеточный лейкоз	С 94.7
<b>Лейкоз неуточненного клеточного типа</b>	<b>С 95</b>
<b>Острый лейкоз неуточненного клеточного типа:</b> ■ бластоклеточный лейкоз; ■ стволовоклеточный лейкоз	С 95.0

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Острый миелобластный лейкоз (M1), развернутая стадия, полная ремиссия. Шифр по МКБ-10: С 92.0.
2. Острый промиелоцитарный лейкоз (M3), терминальная стадия. ДВС-синдром. Анемический, геморрагический, язвенно-некротический синдромы. Лейкозная инфильтрация внутренних органов. Шифр по МКБ-10: С 92.4.
3. Острый лимфобластный лейкоз (L2), развернутая стадия, первый рецидив: костно-мозговой, лейкемическая фаза. Шифр по МКБ-10: С 91.0.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ**

(Воробьев А. И., 1985, ВОЗ, 2001)

**1. Основные формы:**

- хронический миелолейкоз:
  - I – хроническая фаза;
  - II – фаза акселерации;
  - III – бластный криз;
- сублейкемический миелолейкоз (миелофиброз, остеомиелосклероз);
- эритремия (истинная полицитемия);
- хронический лимфолейкоз;
- хронический моноцитарный лейкоз.

**2. Клиническая стадия:**

- начальная;
- развернутая;
- терминальная.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕЙКОЗОВ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Лимфоидный лейкоз (лимфолейкоз)	C 91
<i>Хронический лимфоцитарный лейкоз</i>	C 91.1
Миелоидный лейкоз (миелолейкоз):	C 92
■ гранулоцитарный;	
■ миелогенный	
<i>Хронический миелоидный лейкоз</i>	C 92.1
<i>Хроническая эритремия:</i>	C 94.1
■ болезнь Хейльмейера-Шенера	

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЭРИТРЕМИИ**

- I – начальная или малосимптомная (длительность – 5 лет);
- IIА – эритремическая стадия без миелоидной метаплазии селезенки (10–20 лет и более);
- IIБ – эритремическая стадия с миелоидной метаплазией селезенки;
- III – анемическая.

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Хронический миелолейкоз, стадия акселерации; анемия, тромбоцитопения. Шифр по МКБ-10: C 92.1.
2. Хронический лимфолейкоз, терминальная стадия, аутоиммунная гемолитическая анемия. Шифр по МКБ-10: C 91.1.

## БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ

*Шифр МКБ-10: класс III; рубрики D 50 – D 89*

### РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ ГРУПП АНЕМИЙ

#### I. Анемии вследствие кровопотерь (постгеморрагические):

- острая;
- хроническая.

#### II. Анемии вследствие нарушенного кровообразования:

- 1) железодефицитная;
- 2) связанные с нарушением синтеза или утилизации порфиринов (железонасыщенные, сидероахрестические);
- 3) связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК (мегалобластные: витамин-В<sub>12</sub>-дефицитные и фолиеводефицитные);
- 4) анемии вследствие опустошения костного мозга (гипо- и апластические).

#### III. Анемии вследствие повышенного кроворазрушения:

1. Анемии, обусловленные преимущественно внутрисосудистым гемолизом:
  - острые: токсические, инфекционные, посттрансфузионные, гемоглобинурии (маршевая и холодовая);
  - хронические: пароксизмальная ночная гемоглобинурия.
2. Анемии, обусловленные внутриклеточным внесосудистым гемолизом:
  - наследственные: мембранопатии, ферментопатии, гемоглобинопатии;
  - приобретенные: аутоиммунные; изоиммунные.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АНЕМИЙ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Анемии, связанные с питанием	D 50 – D 89
Железодефицитная анемия	D 50
Витамин-В <sub>12</sub> -дефицитная анемия	D 51
<i>Витамин-В<sub>12</sub>-дефицитная анемия вследствие дефицита внутреннего фактора</i>	D 51.0
<i>Витамин-В<sub>12</sub>-дефицитная анемия вследствие избирательного нарушения всасывания витамина В<sub>12</sub> с протеинурией</i>	D 51.1
<i>Дефицит транскобаламина II</i>	D 51.2
<i>Другие витамин-В<sub>12</sub>-дефицитные анемии, связанные с питанием</i>	D 51.3
<i>Другие витамин-В<sub>12</sub>-дефицитные анемии</i>	D 51.8
Фолиеводефицитная анемия	D 52
<b>Фолиеводефицитная анемия, связанная с питанием:</b> ■ мегалобластная алиментарная анемия	D 52.0
<b>Фолиеводефицитная анемия медикаментозная:</b> ■ при необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)	D 52.1
<i>Другие фолиеводефицитные анемии</i>	D 52.8
<b>Фолиеводефицитная анемия неуточненная:</b> ■ анемия, обусловленная недостаточным поступлением в организм фолиевой кислоты, БДУ	D 52.9
<b>Другие анемии, связанные с питанием:</b> ■ мегалобластная анемия, не поддающаяся лечению витамином В <sub>12</sub> или фолатами	D 53

Нозология	Шифр
<b>Гемолитические анемии</b>	<b>D 55 – D 59</b>
<b>Анемия вследствие ферментных нарушений</b>	<b>D 55</b>
<b>Талассемия</b>	<b>D 56</b>
<b>Серповидно-клеточные нарушения</b>	<b>D 57</b>
<b>Другие наследственные гемолитические анемии</b>	<b>D 58</b>
<b>Приобретенная гемолитическая анемия</b>	<b>D 59</b>
<b>Апластические и другие анемии</b>	<b>D 60 – D 64</b>
<b>Приобретенная чистая красноклеточная аплазия (эритробластопения)</b>	<b>D 60</b>
<b>Другие апластические анемии</b>	<b>D 61</b>
<b>Острая постгеморрагическая анемия</b>	<b>D 62</b>
<b>Анемия при хронических болезнях, классифицированных в других рубриках</b>	<b>D 63</b>
<b>Другие анемии</b>	<b>D 64</b>

### КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ЖДА)

(Идельсон Л. И., 1979; Альперин Т. М., Митерев Ю. Г., 1983)

#### 1. По этиологии и патогенезу:

- хроническая постгеморрагическая ЖДА, обусловленная наружной потерей крови (мено- и метроррагии, кровотечения из желудочно-кишечного тракта и др.) и кровопотерей в замкнутые полости с последующим нарушением реутилизации железа;
- ЖДА при повышенном расходе железа:
  - при беременности и лактации;
  - в периоде роста и созревания;

- ЖДА при недостаточном исходном уровне железа;
- нутритивная (алиментарная ЖДА);
- ЖДА при резорбционной недостаточности железа:
  - постгастрорезекционная и агастральная;
  - анэнтеральная и энтерогенная;
- ЖДА при нарушении транспорта железа (гипо- и атрансферринемия).

#### 2. По стадиям:

- дефицит железа без анемии (латентная анемия);
- ЖДА с развернутой клинико-лабораторной картиной заболевания.

#### 3. По степени тяжести:

- ЖДА легкой степени (гемоглобин 110–90 г/л);
- ЖДА средней степени (гемоглобин 90–70 г/л);
- ЖДА тяжелой степени (гемоглобин ниже 70 г/л).

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Железодефицитная анемия</b>	<b>D 50</b>
<i>Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови (хроническая)</i>	D 50.0
<i>Сидеропеническая дисфагия:</i> 1) синдром Келли-Патерсона; 2) синдром Пламмера-Винсона	D 50.1
<i>Другие железодефицитные анемии</i>	D 50.8
<i>Железодефицитная анемия неуточненная</i>	D 50.9

#### Пример формулировки диагноза:

Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия, обусловленная меноррагиями средней степени тяжести. Миома матки. Шифр по МКБ-10: D 50.0.

## ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (Баркаган З. С., 1988)

### 1. Тромбоцитопении (тромбоцитопеническая пурпура):

- наследственные формы;
- приобретенные формы;
- иммунные:
  - аутоиммунная:
    - ◆ идиопатическая;
    - ◆ симптоматическая;
  - гетероиммунные;
- неиммунные.

### 2. Тромбоцитопатии:

- наследственные и врожденные формы;
- приобретенные (симптоматические) формы: при гемобластозах, дефиците витамина В12, циррозе печени, лекарственных и токсических воздействиях, лучевой болезни, ДВС-синдроме и др.

### 3. Геморрагические коагулопатии:

- наследственные формы (гемофилия А, В, и др.);
- приобретенные формы (в послеродовом периоде, при лейкозах, злокачественных новообразованиях, болезнях печени, почек, иммунной патологии, при передозировке антикоагулянтов и др.).

### 4. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (тромбогеморрагический ДВС-синдром).

### 5. Геморрагические микротромбоваскулиты:

- геморрагический васкулит (геморрагический иммунокомплексный микротромбоваскулит, болезнь Шенлейна-Геноха);
- специфические инфекционные (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, сыпной тиф и др.);
- неспецифические септические (бактериальный эндокардит и др.);

- вторичные (симптоматические) при системных иммунных заболеваниях (системная красная волчанка и др.);
  - вторичные лекарственные формы.
- ### 6. Другие нарушения гемостаза сосудистого и смешанного генеза:
- наследственные формы:
    - наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера);
    - ◆ приобретенные сосудистые пурпуры;
    - ◆ недостаточность витамина С (цинга);
  - прочие формы (застойные, неврогенные, механические).

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	D 65 – D69
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (синдром дефибринации)	D 65
Пурпура и другие геморрагические состояния	D 69
<i>Качественные дефекты тромбоцитов:</i> ■ синдром Бернара-Сулье (гигантских тромбоцитов); ■ болезнь Гланцманна; ■ синдром серых тромбоцитов <i>Тромбастения (геморрагическая) (наследственная):</i> ■ тромбоцитопатия	D 69.1
<i>Другая нетромбоцитопеническая пурпура:</i> ■ БДУ; ■ сенильная; ■ простая	D 69.2
<i>Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура:</i> ■ синдром Эванса	D 69.3

Нозология	Шифр
<i>Другие первичные тромбоцитопении</i>	D 69.4
<i>Вторичная тромбоцитопения</i>	D 69.5
<i>Тромбоцитопения неуточненная</i>	D 69.6
<i>Другие уточненные геморрагические состояния:</i> ■ ломкость капилляров (наследственная); ■ сосудистая псевдогемофилия	D 69.8
<i>Геморрагическое состояние неуточненное</i>	D 69.9
<i>Тромботическая микроангиопатия</i> <i>Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура</i>	M 31.1

**Пример формулировки диагноза:**

Аутоиммунная идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Шифр по МКБ-10: D 69.3.

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ КОАГУЛОПАТИИ**

**Наследственные формы** (гемофилия А, В и др.).

**Приобретенные формы** (в послеродовом периоде, при лейкозах, злокачественных новообразованиях, болезнях печени, почек, иммунной патологии, при передозировке антикоагулянтов и др.).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ КОАГУЛОПАТИЙ (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния	D 65 – D 69
Наследственный дефицит фактора VIII (гемофилия А, классическая)	D 66

Нозология	Шифр
Наследственный дефицит фактора IX (гемофилия В)	D 67
Другие нарушения свертываемости	D 68
Наследственный дефицит фактора XI (гемофилия С)	D 68.1

**КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (в сокращенном виде)****1. Клинические формы:**

- кожная и кожно-суставная;
- абдоминальная;
- почечная;
- смешанная.

**2. Варианты течения:**

- молниеносное;
- острое;
- хроническое.

**3. Степени активности:**

- 1 – малая;
- 2 – умеренная;
- 3 – высокая.

**4. Осложнения:**

- кишечная непроходимость;
- перфорация;
- перитонит;
- панкреатит;
- ДВС-синдром;
- постгеморрагическая анемия;
- тромбозы и инфаркты в органах.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
<b>Пурпура и другие геморрагические состояния</b>	<b>D 69</b>
<b>Аллергическая пурпура</b> <i>Пурпура:</i> 1) анафилактоидная; 2) Геноха (-Шенлейна) 3) нетромбоцитопеническая: ■ геморрагическая; ■ идиопатическая; 4) сосудистая <i>Аллергический васкулит</i>	D 69.0

**Пример формулировки диагноза:**

Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, хроническое течение, с малой степенью активности. Шифр по МКБ-10: D 69.0.

**БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ,  
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ  
И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

*Шифр МКБ-10: класс IV; рубрики E 00 – E 90*

**КЛАССИФИКАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**I. Сахарный диабет 1-го типа:**

- аутоиммунный;
- идиопатический.

**II. Сахарный диабет 2-го типа:**

- у лиц с нормальной массой тела;
- у лиц с избыточной массой тела;
- инсулинпотребный (при резистентности к пероральным сахароснижающим препаратам).

**III. Другие типы диабета:**

- при генетических дефектах функции В-клеток;
- при генетических дефектах в действии инсулина;
- при болезнях экзокринной части поджелудочной железы;
- при эндокринопатиях;
- диабет, индуцированный лекарствами;
- диабет, индуцированный инфекциями;
- необычные формы иммуноопосредованного диабета;
- генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом.

**IV. Гестационный сахарный диабет:**

- по тяжести течения заболевания:
  - легкое течение;
  - средней степени тяжести;
  - тяжелое течение;
- по степени компенсации углеводного обмена:
  - фаза компенсации;
  - фаза субкомпенсации;
  - фаза декомпенсации;

- по осложнениям:
  - диабетический гепатоз;
  - диабетическая микро- и макроангиопатия;
  - диабетическая полинейропатия;
  - диабетическая ретинопатия;
  - диабетическая нефропатия;
  - диабетическая стопа;
  - диабетический кетоацидоз;
  - диабетическая кома (кетоацидотическая);
  - гипогликемическая кома.

**КРИТЕРИИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА  
(Российская ассоциация эндокринологов, 2009)**

Показатели	Компен- сация	Субкомпен- сация	Декомпен- сация
Концентрация гликозилирован- ного гемоглобина (HbA1c), %	5–7	7,1–7,5	> 7,5
Гликемия натощак, моль/л	5–6	6,1–6,5	> 6,5
Постпрандиальная гликемия, моль/л	7,5–8	8,1–9	> 9,0
Гликемия перед сном, моль/л	6–7	7,1–7,5	> 7,5

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
САХАРНОГО ДИАБЕТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Сахарный диабет	E 10 – E 14
<i>С комой</i>	.0
<i>С кетоацидозом</i>	.1

Нозология	Шифр
<i>С поражением почек</i>	.2
<i>С поражением глаз</i>	.3
<i>С неврологическими осложнениями</i>	.4
<i>С нарушениями периферического кровообращения</i>	.5
<i>С другими уточненными осложнениями (диабети- ческая артропатия)</i>	.6
<i>Без осложнений</i>	.9
<b>Инсулинзависимый сахарный диабет:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ лабильный;</li> <li>■ с началом в молодом возрасте;</li> <li>■ с наклонностью к кетозу;</li> <li>■ тип I</li> </ul>	<b>E 10</b>
<b>Инсулиннезависимый сахарный диабет (с или без ожирения)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ с началом в зрелом возрасте;</li> <li>■ без склонности к кетозу;</li> <li>■ стабильный;</li> <li>■ тип II</li> </ul>	<b>E 11</b>
<b>Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ инсулинзависимый;</li> <li>■ инсулиннезависимый</li> </ul>	<b>E 12</b>
<b>Другие уточненные формы сахарного диабета</b>	<b>E 13</b>
<b>Сахарный диабет неуточненный:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ БДУ</li> </ul>	<b>E 14</b>

**КЛАССИФИКАЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ  
(по Mogensen С. Е., 1983)**

Стадия ДН	Клинико-лабораторная характеристика	Сроки развития
1. Гиперфункция почек	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Гиперфилтрация;</li> <li>■ увеличение СКФ<sup>28</sup> (&gt; 140 мл/мин);</li> <li>■ гиперперфузия;</li> <li>■ увеличение ПК<sup>29</sup>;</li> <li>■ гипертрофия почек;</li> <li>■ нормоальбуминурия (&lt; 30 мг/сут)</li> </ul>	Развивается в дебюте сахарного диабета
2. Стадия начальных структурных изменений ткани почек	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Утолщение базальных мембран капилляров клубочков;</li> <li>■ экспансия (расширение) мезангиума;</li> <li>■ гиперфилтрация (сохранение высокой СКФ);</li> <li>■ нормоальбуминурия (&lt; 30 мг/сут)</li> </ul>	2–5 лет от начала диабета
3. Начинаяющаяся нефропатия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Микроальбуминурия (от 30 до 300 мг/сут);</li> <li>■ СКФ высокая или нормальная;</li> <li>■ нестойкое повышение АД</li> </ul>	> 5 лет от начала диабета
4. Выраженная нефропатия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Протеинурия (более 500 мг/сут) – СКФ нормальная или умеренно сниженная;</li> <li>■ артериальная гипертензия;</li> <li>■ склероз 50–75 % клубочков</li> </ul>	> 10–15 лет от начала диабета
5. Уремия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Снижение СКФ &lt; 10 мл/мин;</li> <li>■ артериальная гипертензия;</li> <li>■ симптомы интоксикации;</li> <li>■ тотальный или узелковый гломерулосклероз</li> </ul>	> 15–20 лет от начала диабета или 5–7 лет от появления протеинурии

<sup>28</sup> СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

<sup>29</sup> ПК – почечный кровоток.

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Сахарный диабет II типа, инсулинпотребный, тяжелое течение. Диабетическая нефропатия, IV стадия. Ретинопатия. Шифр по МКБ-10: E 11.2-3.
2. Сахарный диабет I типа, средней тяжести, в фазе декомпенсации, диабетическая полинейропатия. Шифр по МКБ-10: E 10.4.
3. Сахарный диабет I типа, тяжелая форма, фаза декомпенсации, кетоацидоз. Шифр по МКБ-10: E 10.1.
4. Сахарный диабет I типа, тяжелая форма, фаза декомпенсации; диабетический гепатоз, диабетическая ретинопатия, пролиферативная стадия, диабетическая полинейропатия, диабетическая нефропатия III стадии. Шифр по МКБ-10: E 10.2-3.
5. Хронический панкреатит, алкогольной этиологии, рецидивирующий, в фазе обострения с преимущественным нарушением внутрисекреторной функции, осложненный панкреатогенным инсулинзависимым сахарным диабетом средней тяжести. Шифр по МКБ-10: E 13.
6. Болезнь Иценко-Кушинга, стероидный инсулинзависимый сахарный диабет, средней тяжести. Ожирение алиментарного происхождения II степени. Нарушенная толерантность к глюкозе. Шифр по МКБ-10: E 13.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ДИФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА  
Степень увеличения щитовидной железы (ЩЖ)  
(по Николаеву О. В., 1955)**

Степень увеличения ЩЖ	Физикальная характеристика
0 степень	ЩЖ не видна и не пальпируется
I степень	ЩЖ не видна, но пальпируется и виден при глотании перешеек
II степень	ЩЖ видна при глотании и пальпируется, форма шеи не изменена

Степень увеличения ЩЖ	Физикальная характеристика
III степень	ЩЖ видна, изменяет контур шеи («толстая шея»)
IV степень	Большой зоб, нарушающий конфигурацию шеи
V степень	Зоб огромных размеров, сдавление трахеи и пищевода

**Степени тяжести тиреотоксикоза**

Легкая	Признаки тиреотоксикоза выражены незначительно, нервная возбудимость, похудание на 10–15 % от исходной массы тела. Постоянная тахикардия, но не более 100 ударов в минуту, работоспособность снижена незначительно, слабый тремор рук
Средняя	Нервная возбудимость более выражена, похудание более чем на 20 % от исходной массы тела. Постоянная тахикардия 100–120 ударов в минуту, работоспособность снижена
Тяжелая	Нервная возбудимость резко выражена, похудание на 30–50 % от исходной массы тела. Постоянная тахикардия более 120 ударов в минуту, мерцательная аритмия. Токсическое поражение печени, сердечная недостаточность, полная утрата работоспособности

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБА (ВОЗ, 1992)**

Степень увеличения ЩЖ	Физикальная характеристика
0 степень	ЩЖ пальпируется, размеры долей по размеру соответствуют дистальным фалангам пациента
I степень	Размеры долей превышают размер дистальных фаланг пациента
II степень	ЩЖ пальпируется и видна

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Болезни щитовидной железы	E 00 – E 07
Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния	E 01
<i>Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью</i>	E 01.0
<b>Тиреотоксикоз (гипертиреоз)</b>	<b>E 05</b>
<b>Тиреотоксикоз с диффузным зобом:</b> ■ экзофтальмический или токсический зоб БДУ; ■ болезнь Грейвса; ■ диффузный токсический зоб	E 05.0
<b>Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом:</b> ■ тиреотоксикоз с токсическим мононодозным зобом	E 05.1
<b>Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом:</b> ■ токсический узловой зоб БДУ	E 05.2
<b>Тиреотоксикоз с эктопией тиреоидной ткани</b>	E 05.3
<b>Тиреотоксикоз искусственный</b>	E 05.4
<b>Тиреоидный криз или кома</b>	E 05.5
<b>Другие формы тиреотоксикоза:</b> ■ гиперсекреция тиреостимулирующего гормона; ■ при необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)	E 05.8

**Примеры формулировки диагноза:**

1. Диффузный токсический зоб IV степени, тиреотоксикоз тяжелой степени. Дистрофия миокарда, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, НИА. Офтальмопатия II–III степени. Шифр по МКБ-10: E 05.0.
2. Диффузный токсический зоб III степени, тиреотоксикоз средней тяжести. Шифр по МКБ-10: E 05.0.

**КЛАССИФИКАЦИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА (АИТ)  
(Кустов Н. И., Киселева Т. П., Калинин А. П., 1986,  
с дополнениями)**

1. По нозологическому признаку:
  - АИТ как самостоятельное заболевание;
  - АИТ, сочетающийся с другой тиреоидной патологией;
  - АИТ как синдром более общего аутоиммунного заболевания;
  - послеродовый («молчащий») АИТ.
2. По форме:
  - гипертрофический, в том числе узловой;
  - атрофический.
3. По функциональной активности щитовидной железы:
  - эутиреоидный;
  - гипотиреоидный;
  - гипертиреоидный.
4. По клиническому течению:
  - клинически выраженный;
  - латентный.
5. По распространенности аутоиммунного процесса в щитовидной железе:
  - очаговый;
  - диффузный.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА (МКБ-10)**

Нозология	Шифр
Болезни щитовидной железы	Е 00 – Е 07
Тиреоидит	Е 06
<i>Острый тиреоидит</i>	Е 06.0
<i>Аутоиммунный тиреоидит</i>	Е 06.3

**Пример формулировки диагноза:**

Аутоиммунный тиреоидит, диффузный, гипертрофический, с сохраненной функциональной активностью щитовидной же-

лезы. Метаболическая кардиомиопатия (дистрофия миокарда), мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, НПА. Шифр по МКБ-10: Е 06.3.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖИРЕНИЯ**

1. **Формы:**
  - алиментарные (в том числе конституционально-наследственное);
  - эндокринные (гипотиреоидное, гипогенитальное, гипофизарное и др.);
  - церебральное (диэнцефальное, корковое, гипоталамо-гипофизарное).
2. **Стадии:**
  - прогрессирующая;
  - стабильная.
3. **Степень:**
  - I – масса тела больше нормальной на 10–29 %;
  - II – избыток массы тела составляет 30–49 %;
  - III – избыток массы тела составляет 50–100 %;
  - IV – масса тела больше нормальной на 100 % и более.
4. **Местное ожирение:**
  - липодистрофия;
  - липоматоз;
  - болезненный липоматоз (болезнь Деркума).

**КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖИРЕНИЯ  
ПО ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА – ИМТ<sup>30</sup> (ВОЗ, 1997)**

Типы массы тела	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск осложнений ожирения
Дефицит массы тела	< 18,5	Низкий (повышен риск других заболеваний)
Нормальная масса тела	18,5–24,9	Обычный

<sup>30</sup> ИМТ = масса тела (кг) / рост в квадрате (м<sup>2</sup>).

Типы массы тела	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск осложнений ожирения
Избыточная масса тела (предожирение)	25,0–29,9	Повышенный
Ожирение		
I степени	< 30,0–34,9	Высокий
II степени	< 35,0–39,9	Очень высокий
III степени	≥ 40	Чрезвычайно высокий

#### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖИРЕНИЯ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
Ожирение и другие виды избыточности питания	E 65 – E 68
Ожирение	E 66

##### Примеры формулировки диагноза:

1. Алиментарно-конституциональное ожирение III степени, прогрессирующее. Миокардиодистрофия, Н ПА. Шифр по МКБ-10: E 66.
2. Алиментарно-конституциональное ожирение IV степени, прогрессирующая стадия. Шифр по МКБ-10: E 66.

## ЛЕКАРСТВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Шифр МКБ-10: класс III; рубрики D 65 – D 69;  
класс XII; рубрики L 00 – L 99

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ. ВИДЫ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ (Пыцкий В. И. и соавт., 1991)

##### 1. Токсические реакции:

- передозировка;
- от терапевтических доз, связанные с замедлением метаболизма лекарств;
- обусловленные функциональной недостаточностью печени или почек;
- отдаленные токсические проявления (тератогенность, канцерогенность).

##### 2. Суперинфекции и дисбактериозы.

##### 3. Реакции, связанные с массивным бактериолизом под действием лекарства (синдром Яриша-Герксгеймера).

##### 4. Реакции, обусловленные особой чувствительностью субпопуляций:

- необычные реакции, отличные от фармакологических, обусловленные, вероятно, энзимопатиями;
- аллергические реакции (лекарственная аллергия);
- псевдоаллергические реакции.

##### 5. Психогенные реакции.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

##### 1. Немедленного типа:

- анафилактический шок;
- крапивница;
- отек Квинке;

- бронхиальная астма;
  - аллергический ринит.
- 2. Цитотоксические (гематологические реакции):**
- гемолитическая анемия;
  - лейкоцитопения;
  - тромбоцитопения.
- 3. Иммунокомплексного типа:**
- сывороточная болезнь;
  - васкулиты;
  - лекарственная СКВ;
  - лекарственный экзогенный альвеолит;
  - местные артросоподобные реакции на подкожные и внутримышечные инъекции.
- 4. Замедленного (клеточного типа):**
- контактный аллергический дерматит;
  - дерматиты с макулопапулезными и экземопоподобными проявлениями, возникающими при введении лекарств перорально или парентерально.

### КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

1. Анафилактический шок.
2. Реакции типа сывороточной болезни.
3. Крапивница и ангионевротический отек Квинке.
4. Поражения кожи: зуд, эритематозная сыпь, макулопапулезные скарлатиноподобные, экзематозные высыпания.
5. Фиксированные дерматиты.
6. Аллергические васкулиты.
7. Лекарственная лихорадка.
5. Эозинофилия крови.
6. Лекарственные аллергические поражения органов и систем:
  - респираторный аппарат: ринит, бронхо-спастические реакции, экзогенный аллергический альвеолит, эозинофильные инфильтраты;

- печень: холестатический и паренхиматозный гепатит;
- сердечно-сосудистая система: миокардит;
- желудочно-кишечный тракт: стоматит, гастрит, энтерит;
- органы кроветворения: анемия, гранулоцитопения, тромбоцитопения.

### МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (МКБ-10)

Нозология	Шифр
<b>Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния</b>	<b>D 65 – D 69</b>
<i>Аллергическая пурпура</i> <i>Пурпура:</i> ■ анафилактоидная <i>Аллергический васкулит</i>	D 69.0
<b>Болезни кожи и подкожной клетчатки</b>	<b>L 00 – L 99</b>
<b>Крапивница и эритема</b>	<b>L 50 – L 54</b>
<b>Крапивница</b>	<b>L 50</b>
<b>Эритема многоформная</b>	<b>L 51</b>
<b>Эритема узловатая</b>	<b>L 52</b>
<b>Тубулоинтерстициальные и тубулярные поражения, вызванные лекарственными средствами и тяжелыми металлами</b>	<b>N 14</b>
<i>Лекарственная системная красная волчанка</i>	M 32.0

#### *Примеры формулировки диагноза:*

1. Аллергическая реакция на прием бисептола. Крапивница и отек Квинке. Шифр по МКБ-10: L 50.
2. Сывороточная болезнь после введения противостолбнячной сыворотки. Шифр по МКБ-10: D 69.0.
3. Анафилактический шок на внутримышечную инъекцию пенициллина. Шифр по МКБ-10: D 69.0.

## НОРМАТИВЫ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

### КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Обозначение	Показатель	Норма
WBC	Лейкоциты	4–9×10 <sup>9</sup> /л
<b>Лейкоцитарная формула</b>		
neu	Нейтрофилы:	
	■ миелоциты	Нет
	■ юные	Нет
	■ палочкоядерные	1–6 %
	■ сегментоядерные	47–72 %
eos	Эозинофилы	0,5–5 %
baso	Базофилы	0–1 %
mono	Моноциты	3–11 %
lym	Лимфоциты	19–37 %
RBC	Эритроциты:	
	■ мужчины	4,3–5,7×10 <sup>12</sup> /л
	■ женщины	3,8–5,3×10 <sup>12</sup> /л
HGB	Гемоглобин (20–69 л):	
	■ мужчины	130–160 г/л
	■ женщины	120–140 г/л
Цветовой показатель	0,85–1,05	

### Нормативы некоторых лабораторных и инструментальных показателей

Обозначение	Показатель	Норма
HCT	Гематокрит: ■ мужчины ■ женщины	40–48 % 36–42 %
MCV	Средний объем эритроцитов	80–95 фл
MCH	Среднее объемное содержание гемоглобина в эритроците	28–33 пг
MCHC	Среднее содержание гемоглобина	33–36 г/100 мл
RDW	Показатель анизоцитоза эритроцитов	11,5–14,5 %
PLT	Тромбоциты	180–320
	Ретикулоциты	0,2–1,2 %
	СОЭ: ■ мужчины ■ женщины	1–14 мм/ч 2–20 мм/ч
	Время свертывания крови по Сухареву	3–5 мин
	Длительность кровотечения по Дукке	2–3 мин

### БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

Параметр	Норма
<b>Белки и белковые фракции</b>	
Общий белок	65–85 г/л
Альбумины	35–50 г/л
Глобулины	23–35 г/л

Параметр	Норма
<b>Белковые фракции (электрофорез) (Комаров Ф. И. и др., 1982), %</b>	
Альбумины	51–61,5
б <sub>1</sub> -глобулины	3,6–5,6
б <sub>2</sub> -глобулины	5,1–8,3
в-глобулины	9–13
г-глобулины	15–22
<b>Показатели азотистого обмена</b>	
Мочевина	2,0–8,3 ммоль/л
Креатинин: ■ мужчины ■ женщины	60–115 мкмоль/л 55–97 мкмоль/л
<b>Показатели углеводного обмена</b>	
Глюкоза крови	4,2–6,1 ммоль/л
Гликозилированный гемоглобин (HbA1C)	2,8–3,8 %
<b>Пигментный обмен</b>	
Билирубин	5,1–20,5 мкмоль/л
Билирубин прямой (конъюгированный)	0–5,1 мкмоль/л
Билирубин не прямой	До 17,1 мкмоль/л
<b>Исследование ферментов</b>	
АлАТ (аланинаминотрансфераза, АЛТ): ■ мужчины ■ женщины	До 41 Е/л До 32 Е/л
АсАТ (аспартатаминотрансфераза, АСТ): ■ мужчины ■ женщины	До 38 Е/л До 32 Е/л

Параметр	Норма
Амилаза	28–100 Е/л
ЩФ (щелочная фосфатаза): ■ мужчины ■ женщины	До 270 Е/л До 240 Е/л
г-Глутамилтранспептидаза (ГГТП): ■ мужчины ■ женщины	11–49 Е/л 7–32 Е/л
Холинэстераза	13–60 Е/л
<b>Маркеры повреждения миокарда</b>	
Креатинфосфокиназа (КФК): ■ мужчины ■ женщины	38–170 Е/л 26–145 Е/л
МВ-КФК (МВ – фракция КФК)	До 25 Ед/л
Тропонин Т	Отрицательно
<b>Электролитный баланс</b>	
Калий	3,5–5,25 ммоль/л
Натрий	137–152 ммоль/л
Хлориды	95–110 ммоль/л
Кальций	2,1–2,6 ммоль/л
Фосфор	0,87–1,45 ммоль/л
Магний	0,70–1,05 ммоль/л
<b>Показатели метаболизма железа</b>	
Негемоглобиновое железо: ■ мужчины ■ женщины	12,0–24,0 мкмоль/л 9,0–22,0 мкмоль/л

Параметр	Норма
Ферритин: ■ мужчины ■ женщины	30–400 мкг/л 15–150 мкг/л
Трансферрин	2,0–3,6 г/л
Общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС)	44,75–76,1 мкмоль/л
Ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (НЖСС)	20–67 мкмоль/л
<b>Иммунологические исследования</b>	
С-реактивный белок (СРБ)	Отрицательно
СРБ количественно	< 5,0 мг/л
Серомукоиды	До 0,230 Ед
Сиаловые кислоты	135–200 Ед
Антистрептолизин «О» (АСЛ-О)	Отрицательно
АСЛ-О количественно	До 250 Ед
Ревматоидный фактор	Отрицательно
IgA	0,7–4,0 г/л
IgM	0,4–1,4 г/л
IgG	7,0–16,0 г/л
ЦИК	60–80 Ед
<b>Пробы коллоидоустойчивости</b>	
Тимоловая проба	0,01–4,0 Ед

### ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ

Липидные параметры	Единицы измерения	
	ммоль/л	мг/дл
Общий холестерин (ОХС)	< 5,0	< 190
ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП)	< 3,0	< 115
Холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП): ■ мужчины ■ женщины	> 1,0 > 1,2	> 40 > 46
Триглицериды (ТГ)	< 1,7	< 150
Коэффициент атерогенности	< 3	

### ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПАРАМЕТРОВ (ММОЛЬ/Л) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ РИСКА

Липидные параметры	В популяции (низкий риск)	Пациенты с риском:		
		умеренным	высоким	очень высоким
ОХС	< 5,5	< 5,0	< 4,5	< 4,0
ХС ЛНП <sup>31</sup>	< 3,5	< 3,0	< 2,5	< 1,8
ХС ЛВП <sup>32</sup> : ■ мужчины ■ женщины	> 1,0 > 1,2	> 1,0 > 1,2	> 1,0 > 1,2	> 1,0 > 1,2
ТГ	< 1,7	< 1,7	< 1,7	< 1,7

<sup>31</sup> Уровень ХС ЛНП (ммоль/л) рассчитывается по формуле Фридвальда: ХС ЛНП = ОХС – (ХС ЛВП + ТГ/2,2). Формула Фридвальда дает точный результат, если уровень ТГ не превышает 4,5 ммоль/л.

<sup>32</sup> Чем выше уровень ХС ЛВП, тем ниже у пациента риск развития атеросклероза («отрицательный» фактор риска при значении 1,6 ммоль/л).

### ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

АЧТВ (Активированное частичное тромбопластиновое время = АПТВ)	28–40 с
ПТИ (протромбиновый индекс)	70–100 %
МНО (международное нормализованное отношение)	0,8–1,2
Фибриноген	2–4 г/л
Тромбиновое время	14–21 с
РФМК	0–4 мг % (мг/100 мл)
Д-димер колич.	< 0,4 ng/мл
Фибриноген	2–4 г/л
Протеин С	70–130 %
Протеин S: ■ мужчины ■ женщины	65–145 % 50–120 %
Фактор VIII	60–150 %
Фактор IX	60–150 %
Фактор X	70–120 %
Адгезивность тромбоцитов	21,14–30,46 %, 34,4–76,7 тыс.
Индекс адгезивности	1,29–1,59
АДФ-агрегация Начало	0,25×10 <sup>5</sup> 11,8–16,2 с

### ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ

РН: ■ у женщин ■ у мужчин	7,35–7,45 7,34–7,44
Парциальное давление углекислого газа: ■ у женщин ■ у мужчин	35–45 ммоль/л 32–42 ммоль/л
Парциальное давление кислорода	75–100 ммоль/л
Бикарбонат плазмы: ■ у женщин ■ у мужчин	22–26 ммоль/л 20–24 ммоль/л
Общий СО плазмы: ■ у женщин ■ у мужчин	23–27 ммоль/л 21–25 ммоль/л
Насыщение крови кислородом (SAT)	95–98 %
Стандартный бикарбонат крови (SBC)	22–26 ммоль/л
Щелочной резерв: ■ в цельной крови ■ в плазме	55,5–58,0 об. % 50,0–62,0 об. %

### ГОРМОНЫ

Тиреотропный гормон (ТТГ)	0,27–4,2 мкЕД/мл
Тироксин (Т4)	66–181 нмоль/л
Трийодтиронин (Т3)	1,3–3,1 нмоль/л
Свободный Т4	12–22 пмоль/л
Свободный Т3	2,8–7,1 пмоль/л

### ОНКОМАРКЕРЫ

РЭА (раково-эмбриональный антиген)	0–5 нг/мл
ПСА (простатический специфический антиген) ■ мужчины до 40 лет ■ мужчины после 40 лет	< 2,5 нг/мл < 4 нг/мл
б-Фетопротеин (АФП): ■ женщины, II–III триместр беременности	< 10 МЕ/мл 28–120 МЕ/мл
СА 19-9	< 37 МЕ/мл
СА 125: ■ мужчины ■ женщины ■ при беременности	< 10 МЕ/мл < 35 МЕ/мл < 100 МЕ/мл
СА 15-3	< 28 МЕ/мл
СА 72-4	< 4 МЕ/мл
НСЕ (нейронспецифическая энолаза)	< 13,2 нг/мл

### МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СТЕРНАЛЬНОГО ПУНКТАТА (Соколов В. В., Грибова И. А., 1979)

Клеточные элементы	Норма, %
Недифференцированные бласты	0,1–1,1
Миелобласты	0,2–1,7
Нейтрофильные: ■ промиелоциты ■ миелоциты ■ метамиелоциты ■ палочкоядерные ■ сегментоядерные	1,0–4,1 7,0–12,2 8,0–15,0 12,8–23,7 13,1–24,1

Клеточные элементы	Норма, %
Все нейтрофильные элементы	52,7–68,9
Эозинофилы всех генераций	0,5–5,8
Базофилы всех генераций	0–0,5
Все эритрокариоциты	14,5–26,5
Эритробласты	0,2–1,1
Пронормобласты (пронормоциты)	0,1–1,2
Нормобласты (нормоциты): ■ базофильные ■ полихроматофильные ■ оксифильные	1,4–4,6 8,9–16,9 0,8–5,6
Моноциты	0,7–3,1
Лимфоциты	4,3–13,7
Плазматические клетки	0,1–1,8
Ретикулярные клетки	0,1–1,6
Мегакариоциты	0–0,6
Число миелокариоцитов (в тыс. в 1 мкл)	41,6–195,2
Число мегакариоцитов (в тыс. в 1 мкл)	20–100
Лейкоэритробластическое соотношение	2,1–4,5
Индекс созревания: ■ эритрокариоцитов ■ нейтрофилов	0,7–0,9 0,5–0,9

**НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ  
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ**

**Общий анализ мочи**

Цвет	Соломенно-желтый
Прозрачность	Прозрачная
Относительная плотность	1,008–1,028
РН (реакция)	Слабокислая (4,5–8,0)
Белок	≤ 0,033 г/л
Глюкоза	-
Кетоновые тела	-
Эпителий: ■ плоский ■ почечный	1–2 в поле зрения -
Лейкоциты	0–4 в поле зрения
Эритроциты	Единичные в поле зрения
Цилиндры	-
Бактерии	-
Билирубин	-
Уробилин	-

**Проба С. С. Зимницкого**

Суточный диурез	800–2 000
Относительная плотность	1,008–1,025
Дневной диурез больше ночного	В два раза
Плотность хотя бы одной порции	≥ 1,020–1,022
В течение суток выводится с мочой	3/4 выпитой жидкости

**Проба А. В. Нечипоренко**

Лейкоциты	До 1 000/мл
Эритроциты	До 2 000/мл
Цилиндры	До 20/мл

**Проба Реберга**

Клубочковая фильтрация	60–130 мл/мин
Канальцевая реабсорбция	96–99 %

**КРИТЕРИИ ИССЛЕДОВАНИЯ  
НЕКОТОРЫХ БИОСУБСТРАТОВ**

**Копрограмма**

Показатели	Характеристика
Количество	100–200 г за одну дефекацию
Консистенция	Плотный, оформленный
Цвет	Коричневый
Реакция	Нейтральная
Билирубин	Отсутствует
Стеркобилин	Присутствует
Микроскопия: ■ мышечные волокна ■ нейтральный жир ■ жирные кислоты ■ мыла ■ перевариваемая клетчатка	Небольшое количество или нет Отсутствует Отсутствуют В небольшом количестве Отсутствует

Показатели	Характеристика
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ крахмал</li> <li>■ лейкоциты</li> <li>■ эритроциты</li> <li>■ кристаллы любые</li> </ul>	<p>Отсутствует</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p>
Реакция Грегерсена	Отрицательная

**СОСТАВ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА**  
(по Покровскому В. И., 1997)

Микрофлора	Показатель
Бифидобактерии	$10^9-10^{10}$
Лактобактерии	$10^7-10^8$
Бактероиды	$10^9-10^{10}$
Эшерихии с нормальными ферментативными свойствами	$10^7-10^7$
Эшерихии со слабо выраженными ферментативными свойствами	Показатель отсутствует
Эшерихии лактозонегативные	Не более $10^4$
Условно-патогенные энтеробактерии	Не более $10^4$
Proteus	Не более $10^4$
Klebsiella	Не более $10^4$
Эшерихии гемолизирующие	Не более $10^4$
Энтерококки	$10^7-10^8$

Микрофлора	Показатель
Клостридии	Не более $10^5$
Staphylococcus sp.	Не более $10^4$
Staphylococcus aureus	Не более $10^2$
Грибы рода Candida	Не более $10^5$
Коринебактерии	Показатель отсутствует
Бациллы	Не более $10^4$

**Диагностика Нр-инфекции**

Тест	Критерии
<p><b>Цитологический тест</b></p> <p><i>Степень обсемененности слизистой оболочки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ бактерии отсутствуют</li> <li>■ слабая (+)</li> <li>■ средняя (++)</li> <li>■ высокая степень (++++)</li> </ul>	<p>0</p> <p>До 20 микробных тел в поле зрения</p> <p>До 50 микробных тел в поле зрения</p> <p>Более 50 микробных тел в поле зрения</p>
<p><b>Клеточная инфильтрация:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ лимфоциты</li> <li>■ плазматические клетки</li> <li>■ нейтрофилы</li> <li>■ эозинофилы</li> </ul>	<p>Выявляется соответственно степени обсемененности слизистой оболочки</p>

Тест	Критерии
<b>Уреазный тест</b> (кампи-тест)	
<b>Степень инфицированности слизистой оболочки <i>Helicobacter pylori</i>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ значительная (+++)</li> <li>■ умеренная (++)</li> <li>■ незначительная (+)</li> <li>■ отрицательная</li> </ul>	Изменение окрашивания индикатора от исходного желтого цвета к малиновому В течение первого часа В течение последующих двух часов К концу суток Окрашивание наступает в более поздние сроки
<b><sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест</b>	Содержание стабилизированного изотопа <sup>13</sup> C не превышает 1 % от общего количества углекислого газа в выдыхаемом воздухе

**КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА**  
 (внутрижелудочная рН-метрия в теле желудка, в единицах рН)  
 (Ивашкин В. Т. и соавт., 2008)

Оценка	Базальные условия	После стимуляции
Гиперацидность	1,5 и ниже	≤ 1,2
Нормацидность	1,6–2,0	1,21–2,0
Гипоацидность	2,1–5,9	2,1–3,0
Сниженная реакция	-	3,1–5,0
Слабая реакция	-	Снижение рН на 1 в пределах 3–5 единиц
Анацидность	6,0	≥ 6,0

**ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ**

Признак	Транссудат	Экссудат
Прозрачность	Прозрачный	Мутный
Консистенция	Невязкий	Вязкий, при стоянии иногда свертывается
Удельный вес, г/л	Менее 1 015	Более 1 015
Белок, г/л	Менее 30	Более 30
Белок жидкости/белок сыворотки	Менее 0,5	Более 0,5
ЛДГ жидкости / ЛДГ сыворотки	Менее 0,6	Более 0,6
Поба Ривальта	Отрицательная	Положительная
Лейкоциты в 1 мкл	Менее 1 000	Более 1 000

**СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ**

Показатель	Норма
Удельный вес	1,006–1,008
Белок	100–300 мг/л
Белковый коэффициент	0,2
Сахар	2,78–3,33 ммоль/л
Хлориды	204–212 ммоль/л
Цитоз	0,007–0,01 клеток в 1 м <sup>3</sup>

**ФРАКЦИОННОЕ ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ**

Порция	Фаза		Время, мин	Количество, мл	Цвет
А	I	Содержимое 12-перстной кишки (холедоховая)	20–40	15–45	Золотисто-желтый
	II	Сфинктер Одди закрыт	3–6	-	
	III	A1 – содержимое общего желчного протока	3–4	3–5	
В	IV	Желчного пузыря	20–30	20–50	Темно-коричневый (оливковый)
С	V	Печеночная	10–20	15–20	Светло-желтый

**НОРМАТИВЫ НЕКОТОРЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ (ФВД)**

**ПИКФЛУОМЕТРИЯ**

Средние должные величины пиковой скорости выдоха, ПСВ (л/мин) определяются по формуле:  $ПСВ_{вд} = 1,2 Ч ДЖЕЛ$  или по таблице:

Мужчины					
Возраст (лет)	Рост (см)				
	140	152	165	178	191
20	554	602	649	693	740
25	543	590	636	679	725
30	532	577	622	664	710
35	521	565	609	651	695
40	509	552	596	636	680
45	498	540	583	622	665
50	486	527	569	607	649
55	475	515	556	593	634
60	463	502	542	578	618
65	452	490	529	564	603
70	440	477	515	550	587
Женщины					
Возраст (лет)	Рост (см)				
	140	152	165	178	191
20	390	423	460	496	529
25	385	418	454	490	523
30	380	413	448	483	516
35	375	408	442	476	509
40	370	402	436	470	502
45	365	397	430	464	495
50	360	391	424	457	488
55	355	386	418	451	482
60	350	380	412	445	475
65	345	375	406	439	468
70	340	369	400	432	461

**СПИРОГРАФИЯ**

**Границы нормы и градации отклонения от нормы показателей внешнего дыхания (ФВД), в %**

Показатели		Норма	Условная норма	Нарушения ФВД		
				Слабо выраженное	Средне выраженное	Ярко выраженное
ОФВ1 <sup>33</sup>	FEV1	> 85	74–55	54–35	> 35	> 35
ФЖЕЛ <sup>34</sup>	FVC	> 85	74–60	61–50	> 50	> 50
МОС <sup>35</sup> (25 %)	MTF (75 %)	> 80	75–60	60–40	> 40	> 40
МОС (50 %)	MTF (50 %)	> 80	70–55	55–30	> 30	> 30
МОС (75 %)	MTF (25 %)	> 80	65–30	30–20	> 20	> 20
МВЛ <sup>36</sup>	MVV	> 85	74–55	54–35	> 35	> 35
ЖЕЛ <sup>37</sup> (вдох)	IVC	> 86	75–65	65–50	> 50	> 50

<sup>33</sup> ОФВ1 – объем форсированного выдоха.

<sup>34</sup> ФЖЕЛ – остаточный объем воздуха в легких.

<sup>35</sup> МОС (25–50–75 %) – мгновенная объемная скорость, когда больной выдохнул 25–50–75 % от ФЖЕЛ.

<sup>36</sup> МВЛ – минутная вентиляция легких.

<sup>37</sup> ЖЕЛ – жизненная емкость легких.

**ЛОГИЧЕСКОЕ ПРАВИЛО  
ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА НАРУШЕНИЯ  
ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ<sup>38</sup>**

Вариант	Изменение показателей	Примечание
Обструктивный	ЖЕЛ > ОФВ1 ≥ ОФВ1/ЖЕЛ ЖЕЛ = ОФВ1 > ОФВ1/ЖЕЛ	
Смешанный с преобладанием обструктивного	ЖЕЛ < ОФВ1 > ОФВ1/ЖЕЛ ЖЕЛ = ОФВ1 = ОФВ1/ЖЕЛ	
Смешанный	ЖЕЛ = ОФВ1 < ОФВ1/ЖЕЛ ЖЕЛ ≤ ОФВ1 ≤ ОФВ1/ЖЕЛ ЖЕЛ > ОФВ1 < ОФВ1/ЖЕЛ	
Смешанный с преобладанием ограничительного	ЖЕЛ = ОФВ1 < ОФВ1/ЖЕЛ	Если ОФВ1/ЖЕЛ больше на две градации
Ограничительный	ЖЕЛ > ОФВ1 ≤ ОФВ1/ЖЕЛ	Если ОФВ1/ЖЕЛ в норме или выше нормы

**Должная жизненная емкость легких (ДЖЕЛ, в литрах) определяется по формуле:**

для мужчин

$$\text{ДЖЕЛ} = 0,052 \text{ Ч рост (см)} - 0,029 \text{ Ч возраст (годы)} - 3,20$$

для женщин

$$\text{ДЖЕЛ} = 0,049 \text{ Ч рост (см)} - 0,019 \text{ Ч возраст (годы)} - 3,76$$

**Должный объем форсированного выдоха за 1 секунду (ДОФВ1, в литрах) определяется по формуле:**

для мужчин

$$\text{ДОФВ1} = 0,036 \text{ Ч рост (см)} - 0,031 \text{ Ч возраст (годы)} - 1,41$$

<sup>38</sup> Обозначение ЖЕЛ < ОФВ1 указывает на то, что ЖЕЛ изменена меньше, чем < ОФВ1 и т. д.

Должная максимальная вентиляция легких (ДМВЛ в литрах) определяется по формуле:

для мужчин

$$\text{ДМВЛ} = \text{ДЖЕЛ} \times 25$$

### ГАЗОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ

Газы	Артериальная кровь				Венозная кровь		
	Кислородная емкость крови, об %	Напряжение, мм рт. ст.	Количество, об %	Степень насыщения, %	Напряжение, мм рт. ст.	Количество, об %	Степень насыщения, %
Кислород	16–24	70–100	15–23	92–97	30–50	8–18	50
Углекислый газ	-	35–45	43–53	-	40–65	45–60	

### ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ

В протокол электрокардиографического исследования включают:

1. Указание фамилии, инициалов пациента, его возраст.
2. Дату записи электрокардиограммы (ЭКГ), при необходимости время.
3. Определение частоты ритма (по интервалу RR).
4. Определение угла б.
5. Описание ширины зубца P (рис. 1), интервала PQ, комплекса QRS и электрической систолы желудочков QT.

**Выполняют последовательный анализ элементов ЭКГ:**

1. Оценка скорости записи ЭКГ (при скорости 50 мм/с 1 деление – 1 мм – 0,02 с, при скорости 25 мм/с – 0,04 с).

2. Анализ зубца P (продолжительность, амплитуда, фаза: положительная и/или отрицательная).

3. Оценка проводимости: в норме длительность зубца P  $\leq 0,1$  с; интервала PQ  $\leq 0,2$  с; зубца Q  $\leq 0,03$  с, комплекса QRS  $\leq 0,1$  с.

4. Оценка вольтажа зубца R (норма:  $R_1 < R_2 > R_3 \leq 1 \text{ mv} = 1 \text{ см}$ ).

5. Анализ комплекса QRS (продолжительность, амплитуда зубцов, их соотношение).

6. Оценка сегмента ST с целью выявления подъема или депрессии.

7. Анализ зубца T (амплитуда, фаза: положительная и/или отрицательная).

8. Определение соотношения с должными величинами интервала QRST.

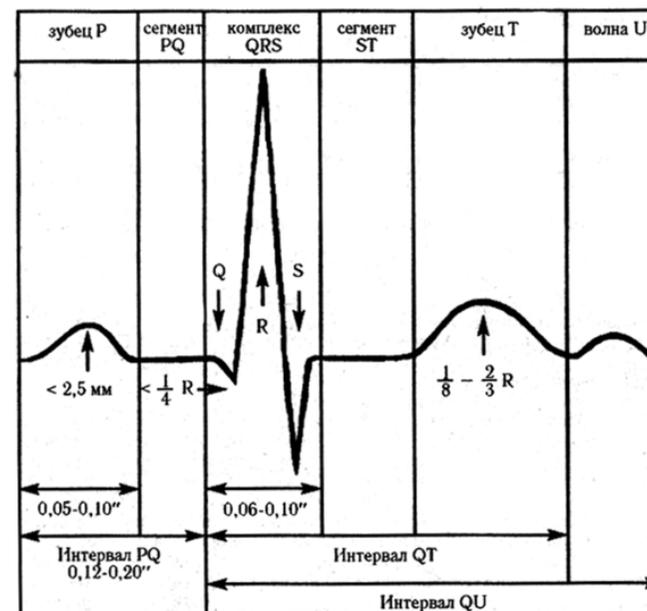


Рисунок 1. Схема расположения зубцов, сегментов и интервалов нормальной электрокардиограммы

В электрокардиографическом заключении последовательно описывают:

- 1) оценку источника ритма сердца и его правильность;
- 2) определение поворота электрической оси сердца;
- 3) вольтаж;
- 4) электрокардиографический диагноз с включением на первые места более тяжелой патологии:
  - инфаркт миокарда;
  - нарушение ритма и проводимости;
  - гипертрофия отделов сердца;
  - нарушение процессов реполяризации и другие изменения;
- 5) сравнение с предыдущими ЭКГ.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ  
ПО ИНТЕРВАЛУ R–R ПРИ ПРАВИЛЬНОМ РИТМЕ<sup>39</sup>**  
ЧСС = 60 / (R-R)

RR	ЧСС										
20	300	30	200	40	150	50	120	60	100	70	86
21	286	31	193	41	146	51	117	61	98	71	84
22	273	32	187	42	143	52	115	62	97	72	83
23	261	33	182	43	139	53	113	63	95	73	82
24	250	34	176	44	136	54	111	64	94	74	81
25	240	35	171	45	133	55	109	65	92	75	80
26	230	36	166	46	130	56	107	66	91	76	79
27	222	37	162	47	127	57	105	67	89	77	78
28	207	38	158	48	125	58	103	68	88	78	77
29	207	39	154	49	122	59	101	69	87	79	76
ЧСС	RR										

<sup>39</sup> Скорость регистрации ЭКГ – 50 мм/с (цена деления: 1 мм = 0,02 с).

**ОСНОВНЫЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
(Рекомендации Европейской и Американской ассоциаций  
эхокардиографии, по Рыбаковой М. К. и соавт., 2008)**

Показатель	Значение	Ед. измерения
Левое предсердие <sup>40</sup>	23–38	мм
Левый желудочек:		
■ конечный диастолический размер (КДР)	37–56	мм
■ конечный систолический размер (КСР)	23–36	мм
■ задняя стенка (ЗСЛЖ) (в диастолу)	8–11	мм
■ межжелудочковая перегородка (МЖП) (в диастолу)	6–10	мм
■ фракция выброса (ФВ)	≥ 55	%
■ фракция укорочения волокон	25–45	%
Правое предсердие	23–46	мм
Правый желудочек (в базальном отделе)	20–28	мм
Легочная артерия (на уровне клапана)	15–21	мм
Аорта	22–36	мм
Конечный диастолический объем (КДО):		
■ мужчины	67–155	мл
■ женщины	56–104	мл
Конечный систолический объем (КСО):		
■ мужчины	22–58	мл
■ женщины	19–49	мл
Масса миокарда левого желудочка (М-режим):		
■ мужчины	88–224	г
■ женщины	67–162	г
Масса миокарда левого желудочка (В-режим):		
■ мужчины	96–200	г
■ женщины	66–150	г

<sup>40</sup> Размеры даны по Craig M., 1991.

### ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Диастолическая функция левого желудочка и его дисфункция выявляются с помощью эхокардиографии путем оценки показателей трансмитрального кровотока (рис. 2).



Рисунок 2. Допплер-эхокардиографическая характеристика диастолической функции ЛЖ

### ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА (Рыбакова М. К. и соавт., 2008)

Показатель		Норма
Скорость раннего диастолического наполнения желудочка или скорость пика E, см/с	E	70–100
Скорость позднего диастолического наполнения желудочка во время систолы предсердий, см/с	A	0,42–0,7
Соотношение скоростей раннего и позднего наполнения желудочков	E/A	1,0–1,5
Время замедления раннего диастолического наполнения желудочка, мс	DTe	160–220

### НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТЯХ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДАХ В ПОКОЕ (мм рт. ст.)

(Ройтберг Г. Е., Струтынский А. В., 1999)

Сердце, сосуды	Давление		
	Максимальное систолическое	Конечно-диастолическое	Среднее
Правое предсердие	-	-	4–5
Правый желудочек	< 30	4–6	
Легочная артерия	< 30	10–12	
Левое предсердие		< 12	
Левый желудочек	< 140	10–12	
Аорта	< 140	70	

### ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (УЗИ) ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

#### УЗИ печени

Показатель	Норма
Переднезадний размер правой доли	До 12,5 см
Переднезадний размер левой доли	До 7 см
Диаметр портальной вены	До 13 мм
Общий желчный проток	До 5 мм
Структура печени	Однородная
Края печени	Ровные

Расширение селезеночной вены больше 10 мм и портальной вены больше 15 мм считают достоверными признаками повышения давления в системе v. porta.

**Размеры холедоха (Laing, Jeffre, 1983)**

Норма	До 5 мм
Возможное расширение	6–7 мм
Патологическая дилатация	≥ 8 мм

**УЗИ желчного пузыря**

Показатель	Норма
Длина (расстояние от наиболее узкой части до дна желчного пузыря)	6–10 см
Ширина	3–5 см
Толщина стенки	4 мм

**УЗИ почек**

Показатель	Норма
Длина почки	10–12 см
Ширина почки	5–6 см
Толщина почки	4–5 см
Толщина паренхимы почки	В среднем 20–23 мм

**УЗИ селезенки**

Показатель	Норма
Длинник селезенки	80–120 мм
Поперечник селезенки	50–70 мм

**НОМОГРАММА ДЛЯ РАСЧЕТА СКОРОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА КРОВИ, С УЧЕТОМ ПОЛА, ВОЗРАСТА И РАСЫ (по формуле СКД-EPI, 2011)**

**Женщины, европеоидная раса**

Креатинин, мкмоль/л	Возраст, лет							Стадия ХБП
	20	30	40	50	60	70	80	
40	144	135	125	117	109	102	95	1
50	134	125	117	109	101	94	88	2
60	126	118	110	102	95	89	83	
70	108	100	94	87	81	76	71	
80	92	85	80	74	69	65	60	
90	80	74	69	64	60	56	52	3а
100	70	65	61	57	53	49	46	3б
110	62	58	54	51	47	44	41	
120	56	52	49	45	42	40	37	
130	51	48	44	41	38	36	33	
140	47	43	40	38	35	33	31	4
150	43	40	37	35	32	30	28	
160	40	37	34	32	30	28	26	
170	37	34	32	30	28	26	24	
180	34	32	30	28	26	24	23	
190	32	30	28	26	24	23	21	
200	30	28	26	25	23	21	20	
210	29	27	25	23	22	20	19	

Креатинин, мкмоль/л	Возраст, лет							Стадия ХБП
	20	30	40	50	60	70	80	
220	27	25	23	22	20	19	18	4
230	26	24	22	21	19	18	17	
240	24	23	21	20	18	17	16	
250	23	22	20	19	17	16	15	
260	22	21	19	18	17	16	14	
270	21	20	18	17	16	15	14	
280	20	19	18	16	15	14	13	
290	19	18	17	16	15	14	13	
300	19	17	16	15	14	13	12	
310	18	17	15	14	13	13	12	
320	17	16	15	14	13	12	11	5
330	17	15	14	13	12	12	11	
340	16	15	14	13	12	11	10	
350	15	14	13	12	12	11	10	
360	15	14	13	12	11	10	10	
370	14	13	12	12	11	10	9	
380	14	13	12	11	11	10	9	
390	13	13	12	11	10	9	9	
400	13	12	11	11	10	9	9	
410	13	12	11	10	10	9	8	
420	12	11	11	10	9	9	8	
430	12	11	10	10	9	8	8	

Мужчины, европеоидная раса

Креатинин, мкмоль/л	Возраст, лет							Стадия ХБП
	20	30	40	50	60	70	80	
40	163	152	141	132	123	114	107	1
50	148	138	129	120	112	104	97	
60	138	128	120	111	104	97	90	
70	129	120	112	105	98	91	85	2
80	122	114	106	99	92	86	80	
90	106	98	92	85	80	74	69	
100	93	87	81	75	70	65	61	
110	83	77	72	67	63	58	54	3а
120	75	69	65	60	56	52	49	
130	68	63	59	55	51	48	44	3б
140	62	58	54	50	47	44	41	
150	57	53	49	46	43	40	37	
160	53	49	46	43	40	37	35	
170	49	46	42	40	37	34	32	
180	46	43	40	37	34	32	30	
190	43	40	37	35	32	30	28	
200	40	37	35	33	30	28	26	4
210	38	35	33	31	29	27	25	
220	36	33	31	29	27	25	23	
230	34	32	29	27	26	24	22	
240	32	30	28	26	24	23	21	

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОФОРМЛЕНИЮ

Креатинин, мкмоль/л	Возраст, лет							Стадия ХБП
	20	30	40	50	60	70	80	
250	31	29	27	25	23	22	20	4
260	29	27	25	24	22	21	19	
270	28	26	24	23	21	20	18	
280	27	25	23	22	20	19	18	
290	26	24	22	21	19	18	17	
300	25	23	21	20	19	17	16	
310	24	22	21	19	18	17	16	
320	23	21	20	18	17	16	15	
330	22	20	19	18	17	15	14	
340	21	20	18	17	16	15	14	
350	20	19	18	17	15	14	13	
360	20	18	17	16	15	14	13	
370	19	18	17	15	14	13	13	
380	18	17	16	15	14	13	12	
390	18	17	16	14	14	13	12	
400	17	16	15	14	13	12	11	
410	17	16	15	14	13	12	11	
420	16	15	14	13	12	12	11	
430	16	15	14	13	12	11	10	
440	15	14	13	13	12	11	10	
450	15	14	13	12	11	11	10	
460	15	14	13	12	11	10	10	
								5

Нормативы некоторых инструментальных исследований

Креатинин, мкмоль/л	Возраст, лет							Стадия ХБП
	20	30	40	50	60	70	80	
470	14	13	12	12	11	10	9	5
480	14	13	12	11	11	10	9	
490	14	13	12	11	10	10	9	
500	13	12	12	11	10	9	9	

## ЛИТЕРАТУРА

1. Development and first validation of the COPD Assessment Test / P. W. Jones, G. Harding, P. Berry et al. *Eur Respir J* 2009; 34:648-54.
2. Аллергология : клинические рекомендации / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 240 с.
3. Аллергология и иммунология : национальное руководство / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 659 с.
4. Аронов Д. М., Лупанов В. П. Функциональные пробы в кардиологии. М. : МЕДпресс-информ, 2007. 296 с.
5. Артериальные гипертензии: современная стратегия оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе : клинико-организационное руководство для врачей общей практики / Н. Н. Крюков, Т. А. Ларина, И. М. Назаркина, Л. С. Федосеева. Самара : ГБОУ ВПО СамГМУ МЗ России, 2016. 242 с.
6. Бокарев И. Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение : учебник. М. : ООО «Мед. информ. агентство», 2009. 1004 с.
7. Болезни печени и желчевыводящих путей : руководство для врачей. 2-е изд. / под ред. В. Т. Ивашкина. М. : Издательство «М-Вести», 2005. 536 с.
8. Бронхиальная астма : клинические рекомендации / под ред. А. Г. Чучалина. М. : Издательский дом «Атмосфера», 2008. 224 с.
9. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Болезни органов пищеварения : руководство по гастроэнтерологии для врачей. СПб. : Издательство ДЕАН. 2006. 656 с.
10. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней : справочное руководство для врачей. 3-е изд. М. : ООО «Мед. информ. Агентство», 2010. 606 с.

11. Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 704 с.
12. Гематология : руководство для врачей / под ред. Н. Н. Мамаева, С. И. Рябова. СПб. : СпецЛит, 2008. 543 с.
13. Глобальная инициатива по бронхиальной астме (Global Initiative for Asthma, GINA), 2014.
14. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (Global initiative by chronic obstructive of lungs disease, GOLD), 2008.
15. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (Global initiative by chronic obstructive of lungs disease, GOLD), 2011.
16. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (Global initiative by chronic obstructive of lungs disease, GOLD), 2014.
17. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр. М., 2012.
18. Диагностика и лечение болезней почек / Н. А. Мухин, И. Е. Тареева, Е. М. Шилов, Л. В. Козловская. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 384 с.
19. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития : методические рекомендации / под ред. С. А. Бойцова, А. Г. Чучалина. М., 2014. 112 с.
20. Ивашкин В. Т. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. М., 2013. 26 с.
21. Ивашкин В. Т. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни. М., 2013. 39 с.
22. Ивашкин В. Т. и др. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона. М., 2013. 23 с.

23. Калинин А. В. Гастроэнтерология : справочник практического врача. М. : Медпресс, 2009. 320 с.
24. Кардиология : клинические рекомендации / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 640 с.
25. Кардиология : национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 1232 с.
26. Клиническая гематология : руководство для врачей / под ред. А. Н. Богданова, В. И. Мазурова. СПб. : ООО «Издательство Фолиант», 2008. 488 с.
27. Кузнецов Г. П. Приобретенные пороки сердца. Диагностика. Лечение : руководство для врачей и студентов. Самара : ООО «Офорт», 2010. 282 с.
28. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10) : в 3 т. / Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1995.
29. Методические материалы для оформления клинической истории : учебное пособие для студентов мед. вузов. / под ред. М. А. Качковского. Самара : СамГМУ, 2011. 168 с.
30. Моисеев В. С., Моисеев С. В., Кобалава Ж. Д. Болезни сердца : руководство для врачей. М. : Мед. информ. агентство, 2008. 528 с.
31. Мурашко В. В., Струтынский А. В. Электрокардиография : учеб. пособие. 9-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2009. 320 с.
32. Нарушения ритма и проводимости : учебно-методическое пособие / О. В. Фатенков, О. А. Рубаненко, Н. А. Кириченко, Т. М. Кузьмина. Самара : ГБОУ ВПО СамГМУ МЗ России : ООО «Офорт», 2015. 88 с.
33. Национальные клинические рекомендации : сборник / под ред. Р. Г. Оганова. 3-е изд. М. : Изд-во «Силицея-Полиграф», 2010. 592 с.
34. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Г. И. Воробьева, И. Л. Халифа. М. : Миклош, 2008. 400 с.

35. Нефрология : национальное руководство / под ред. Н. А. Мухина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 900 с.
36. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов : в 10 т. М. : Мед. лит., 2006—2008.
37. Окорочков А. Н. Лечение болезней внутренних органов : практ. руководство : в 3 т. М. : Мед. лит., 2005—2006.
38. Парфенов А. И. Энтерология : руководство для врачей. Издательство МИА, 2009. 880 с.
39. Перечень добавленных и исключенных рубрик в МКБ-10 : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации № 13-2/1664 от 05 декабря 2014 г. об обновлениях в МКБ-10.
40. Плевриты в деятельности врача общей практики и врача-гериатра : учебно-методическое пособие / П. А. Лебедев, И. И. Сиротко, И. П. Введенская, П. И. Романчук, Т. А. Ларина. Самара : ГБОУ ВПО СамГМУ МЗ России, 2011. 80 с.
41. Пульмонология : клинические рекомендации / под ред. А. Г. Чучалина. 2007.
42. Ревматология : национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
43. Респираторная медицина : руководство : в 2 т. / под ред. А. Г. Чучалина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. (Т. 1— 800 с.; Т. 2 — 816 с.).
44. Руководство по гастроэнтерологии / под ред. Ф. И. Комарова, С. И. Рапопорта. М. : ООО «Мед. информ. агентство», 2010. 864 с.
45. Руководство по гематологии : в 3 т. / под ред. А. И. Воробьева. М. : Ньюдиамед, 2002—2005. (Т.1. — 2002. — 280 с.; Т.2. — 2003. — 280 с.; Т.3. — 2005. — 416 с.).
46. Руководство по кардиологии : в 3 т. / под ред. Г. И. Сторожакова и А. А. Горбаченкова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. (Т. 1. — 688 с.; Т.2 — 532 с.).
47. Руководство по лабораторным методам диагностики. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 800 с.

48. Рыбакова М. К., Алехин М. Н., Митьков В. В. Эхокардиография : практическое руководство по ультразвуковой диагностике. М. : Издательский дом Видар-М, 2008. 544 с.

49. Саркоидоз : монография / под ред. А. А. Визеля. М. : Издательский холдинг «Атмосфера», 2010. 416 с. (Серия монографий Российского респираторного общества / гл. ред. серии А. Г. Чучалин).

50. Струтынский А. В. Эхокардиограмма: анализ и интерпретация : учебное пособие. М. : МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.

51. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда. 4-е изд. М. : ООО «Мед. информ. агентство», 2006. 466 с.

52. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А. Г. Чучалин, З. Р. Айсанов, С. Н. Авдеев и соавт., 2013.

53. Функциональная диагностика в кардиологии: клиническая интерпретация : учебное пособие / под ред. Ю. А. Васюка. М. : Практическая медицина, 2009. 312 с.

54. Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению : национальные рекомендации // Нефрология. 2011.

55. Хроническая обструктивная болезнь легких : клинические рекомендации / под ред. А. Г. Чучалина. 2-е изд. М. : Издательский дом «Атмосфера», 2007. 240 с.

56. Циммерман Я. С. Клиническая гастроэнтерология : избранные разделы. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 416 с.

57. Чучалин А. Г. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике : пособие для врачей. М., 2010. 84 с.

58. Шулутко Б. И., Макаренко С. В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. СПб.: Элби-СПБ, 2007. 704 с.

## ВЕДУЩИЕ УЧЕНЫЕ САМАРСКОЙ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ



### ГУСЕВА НИНА ИВАНОВНА (1924–1993)

Доктор медицинских наук, профессор. Первая заведующая 2-й кафедрой госпитальной терапии Куйбышевского государственного медицинского института (1966–1991). Известный терапевт, кардиолог, педагог и общественный деятель. Автор более 200 научных работ. Большинство научных исследований Н. И. Гусевой связано с проблемой гипертонической болезни. По ее инициативе в Куйбышеве впервые в стране на амбулаторно-поликлиническом этапе были открыты кабинеты-диспансеры по выявлению и борьбе с гипертонической болезнью. Ею разработан принцип диспансеризации лиц с этим заболеванием. Кавалер ордена «Знак Почета».



### германов АНАТОЛИЙ ИННОКЕНТЬЕВИЧ (1897–1976)

Доктор медицинских наук, профессор. Заслуженный деятель науки России. Заведующий кафедрой госпитальной терапии Куйбышевского государственного медицинского института. Участник ВОВ, ведущий терапевт фронта. Создал трехстадийную классификацию гипертонической болезни (1950), которая спустя четверть

века апробирована ВОЗ и стала общепринятой. Ему принадлежит приоритет в разработке и внедрении идеи диспансеризации терапевтических больных, создании системы кардио-терапевтических кабинетов – прообразов кардиологических диспансеров. В трудах А. И. Германова приведены алгоритмы неотложной помощи при гипертонических кризах.



**КУЗНЕЦОВ  
ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ  
(1926–2014)**

Доктор медицинских наук, профессор. Участник ВОВ. Заслуженный врач России, отличник здравоохранения. Заведующий кафедрой факультетской терапии Куйбышевского государственного медицинского института. Одним из первых в нашей стране изучал проблему кардиомиопатий. Создатель и руководитель областного Центра диагностики и лечения кардиомиопатий. Лауреат 1-го Всероссийского конкурса «Трудовая слава России» (2000), награжден Губернской премией (2007), Национальной премией лучшим врачам России «За верность профессии» (2011) и др. Американским библиографическим институтом (г. Лос-Анджелес) включен в число выдающихся личностей и награжден «Медалью 2000-летия Славы». Автор 300 научных работ, посвященных диагностике и лечению заболеваний сердца. Имя Г. П. Кузнецова внесено в энциклопедию «Современники России» (2009). В 2012 году Г. П. Кузнецову присуждена премия Российского кардиологического общества «За фундаментальные исследования в области кардиологии», также в 2012 году он стал лауреатом XI Международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «За верность профессии».



**ФАТЕНКОВ  
ВЕНИАМИН НИКОЛАЕВИЧ  
(1937–2014)**

Доктор медицинских наук, профессор. Участник ВОВ. Заслуженный врач России, отличник здравоохранения. Заведующий кафедрой педиатрической терапии Самарского государственного медицинского университета. В 1963 году В. Н. Фатенков впервые в СССР обнаружил аутоаллергические реакции у больных инфарктом миокарда. Многочисленные экспериментальные исследования подтвердили это явление. Автор более 3 000 работ. Оснастил кафедру самыми современными аппаратами диагностики, различными приборами для проведения сложных исследований: велоэргометрии, поликардиографии, фонокардиографии, тетраполярной грудной реографии. Профессор В. Н. Фатенков изучил центральную гемодинамику и фазовую структуру сердечного цикла у различных больных, в том числе с инфарктом миокарда. Сформулировал положения оригинальной теории биомеханики сердца. Нарушения диастолы стали рассматриваться как основной фактор, приводящий к недостаточности кровообращения. Изучал биомеханику малого круга по реопульмонограмме легочной артерии. Профессор В. Н. Фатенков предложил проводить комплексное исследование больных с применением анализа апекскардиограмм, реопульмонограмм и эхокардиограмм. Была описана биомеханика сердца и малого круга у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической сердечной недостаточностью.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	4
-----------------------	---

<b>ОФОРМЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ</b> .....	5
---	---

Образец оформления титульного листа при написании истории болезни .....	6
---	---

<b>I. ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО</b> .....	7
---	---

Парадигма структуры формулировки клинического диагноза в терапевтической практике при коморбидности .....	7
---	---

Жалобы, предъявляемые больным (на день поступления в стационар) .....	9
---	---

История настоящего заболевания .....	13
--------------------------------------	----

Эпидемиологический анамнез (при подозрении на инфекционное заболевание) .....	14
---	----

Перенесенные ранее заболевания, травматические повреждения, ранения, контузии, операции .....	15
---	----

Аллергологический анамнез .....	15
---------------------------------	----

Болезни ближайших родственников (родители, братья, сестры, бабушки, дедушки) .....	16
--	----

История жизни .....	16
---------------------	----

<b>II. ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО</b> .....	17
--	----

Наружное исследование .....	17
-----------------------------	----

Нервная система .....	19
-----------------------	----

## Оглавление

Органы дыхания .....	19
Органы кровообращения .....	20
Исследование артерий и вен .....	21
Органы пищеварения .....	22
Гепатолиенальная система .....	22
Органы мочевого выделения .....	23
Эндокринная система .....	23
<b>III. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</b> .....	23
<b>IV. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ</b> .....	23
<b>V. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ</b> .....	23
<b>VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	24
<b>VII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕТОДОМ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПО ВЕДУЩЕМУ СИНДРОМУ</b> .....	25
Клинический диагноз и его обоснование .....	25
Обоснование основного заболевания и его осложнений .....	25
Этиология и патогенез основного заболевания .....	26
Течение болезни .....	26
Заключительный эпикриз (ретроспективный анализ) .....	26

## ПЕРЕЧЕНЬ СИНДРОМОВ

### ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Анемия .....	28
Артериальная гипертония (гипертензия) .....	28
Артериальная гипотония (гипотензия) .....	29
Асцит .....	30

Высыпания на коже .....	30
Геморрагический синдром .....	30
Желтуха .....	31
Кардиалгия .....	31
Кардиомегалия .....	32
Кашель с мокротой .....	33
Кишечная диспепсия .....	34
Кровотечение гастродуоденальное .....	34
Кровохарканье и легочное кровотечение .....	34
Лейкоцитоз с изменениями лейкограммы .....	35
Лейкоцитопении .....	35
Лихорадочный синдром .....	36
Мочевой синдром (протеинурия, изменения мочевого осадка) .....	37
Отеки .....	37
Приступ удушья .....	38
Притупление перкуторного звука над легкими .....	38
Скопление жидкости в плевральной полости .....	39
Суставной синдром .....	39
Увеличение живота в объеме .....	40
Увеличение лимфатических узлов (полиадения) .....	40
Увеличение печени (гепатомегалия) .....	40
Увеличение селезенки (спленомегалия) .....	40
Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) .....	41
Шумы сердца .....	41
Эпигастралгия .....	42

<b>КЛАССИФИКАЦИИ ОСНОВНЫХ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ И ПРИМЕРНАЯ ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА .....</b>	<b>43</b>
<b>ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ Шифр МКБ-10: класс XVII; рубрики Q 00 – Q 99 .....</b>	<b>43</b>
Классификация врожденных пороков сердца (Morgan В. С., 1978) .....	43
Международная статистическая классификация врожденных пороков сердца (МКБ-10) .....	44
<b>БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ Шифр МКБ-10: класс X; рубрики I 00 – I 99 .....</b>	<b>46</b>
Классификация ревматической лихорадки (Ассоциация ревматологов России, 2003) .....	46
Международная статистическая классификация ревматизма (МКБ-10) .....	46
Номенклатура приобретенных пороков сердца (Мухарлямов Н. М., Кассирский Г. И., Соловьев В. В., 1978) ....	48
Клиническая классификация приобретенных пороков сердца (по Голофеевскому В. Ю. и соавт., 2006) .....	49
Международная статистическая классификация приобретенных пороков сердца (МКБ-10) .....	50
Классификация гипертонической болезни (артериальных гипертоний) .....	52
Классификация уровней артериального давления (ВОЗ и Международное общество по АГ, 1999, ESH/ESC, 2013) .....	53
Пороговые уровни АД (мм рт. ст.) для диагностики артериальной гипертензии по данным различных методов измерения (ESH/ESC, 2013) .....	54
Критерии стратификации риска (ESH/ESC, 2013) .....	54

Стратификация риска у больных АГ (ESH/ESC, 2013) .....	56
Международная статистическая классификация артериальных гипертензий (гипертонической болезни) (МКБ-10) .....	57
Классификация вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий (Крюков Н. Н., 2002) .....	58
Международная статистическая классификация вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий (МКБ-10) .....	61
Классификация нейроциркуляторной астении (дистонии) (Комаров Ф. И., 1976) .....	61
Международная статистическая классификация нейроциркуляторной дистонии (МКБ-10) .....	62
Классификация гиперлипидемий (рекомендации ВНОК, 2004) .....	62
Классификация гиперлипидемий по Фредриксону Д. (ВОЗ, 1970) .....	63
Международная статистическая классификация дислипидемий (МКБ-10) .....	64
Классификация ишемической болезни сердца (ВКНЦ АМН СССР, 1983, на основе предложений Комитета экспертов ВОЗ, 1979) .....	64
Классификация стабильной стенокардии напряжения (Классификация Канадской ассоциации кардиологов, Samreau L., 1976) .....	65
Классификация острого коронарного синдрома (Рекомендации ВНОК, 2007) .....	67
Международная статистическая классификация ишемической болезни сердца (МКБ-10) .....	68
Рабочая классификация инфаркта миокарда .....	69
Классификация острой сердечной недостаточности (Killip T., 1967) .....	70

Международная статистическая классификация инфаркта миокарда (МКБ-10) .....	71
Классификация легочного сердца (Вотчал Б. Е., 1964) .....	74
Международная статистическая классификация легочного сердца (МКБ-10) .....	76
Классификация инфекционного эндокардита (Демин А. Ал., Демин Ал. А., 1978) .....	77
Международная статистическая классификация инфекционного эндокардита (МКБ-10) .....	78
Классификация некоронарогенных заболеваний миокарда (Палеев Н. Р., Гуревич М. А., 1998) .....	79
Классификация миокардитов. Диагностика и лечение миокардитов. Клинические рекомендации .....	79
Классификация миокардитов (Палеев Н. Р., Палеев Ф. Р., Гуревич М. А., 2007) .....	80
Международная статистическая классификация миокардитов (МКБ-10) .....	82
Классификация кардиомиопатий (основана на докладе ВОЗ, Международного общества и Союза кардиологов, 1995) .....	82
Классификация кардиомиопатий (АНА, 2006) .....	84
Классификация кардиомиопатий (ESC, 2007) .....	85
Критерии дилатационной кардиомиопатии (ВОЗ) .....	85
Международная статистическая классификация кардиомиопатий (МКБ-10) .....	87
Классификация перикардитов (Гогин Е. Е., 1979, с добавлениями З. М. Волынского) .....	88
Международная статистическая классификация перикардитов (МКБ-10) .....	89
Классификация нарушений ритма и проводимости (ВОЗ, 1980; Мурашко В. В., Струтынский А. В., 1987) .....	90

Классификация желудочковой экстрасистолии (М. Ryan и группа В. Lown, 1975) .....	91
Классификация фибрилляции предсердий (Европейское общество кардиологов, ESC, 2012) .....	91
Международная статистическая классификация нарушений ритма и проводимости (МКБ-10) .....	92
Клиническая классификация тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) .....	94
Классификация тромбоэмболии легочной артерии (ESC Guidelines, 2014) .....	95
Международная статистическая классификация ТЭЛА (МКБ-10) .....	96
Классификация недостаточности кровообращения (Стражеско Н. Д., Василенко В. Х., Ланг Г. Ф., 1936) .....	97
Клинические варианты острой сердечной недостаточности (ВНОК, 2006) .....	97
Классификация хронической сердечной недостаточности по NYHA (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов, 1995) .....	99
Классификация хронической сердечной недостаточности (Общество специалистов сердечной недостаточности, 2002) .....	100
Международная статистическая классификация хронической сердечной недостаточности (МКБ-10) .....	102
<b>БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</b>	
<b>Шифр МКБ-10: класс X; рубрики J 00 – J 99</b> .....	103
Рабочая классификация пневмонии (Чучалин А. Г., 2007) .....	103
Международная статистическая классификация пневмоний (МКБ-10) .....	105
Классификация острого бронхита .....	108

Международная статистическая классификация острого бронхита (МКБ-10) .....	109
Классификация хронического бронхита .....	109
Международная статистическая классификация хронического бронхита (МКБ-10) .....	110
Классификация хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (согласно Федеральным клиническим рекомендациям 2013 года, международным руководствам GOLD 2011, 2014 годов) .....	111
Международная статистическая классификация ХОБЛ (МКБ-10) .....	118
Классификация бронхиальной астмы (в редакции Чучалина А. Г. и соавт., 2007, международное руководство GINA, 2014) .....	118
Международная статистическая классификация бронхиальной астмы (МКБ-10) .....	121
Классификация саркоидоза органов дыхания .....	122
Рабочая классификация плевритов (Чучалин А. Г., 2007) .....	124
Международная статистическая классификация плевритов (МКБ-10) .....	125
Классификация рака легкого .....	126
Международная классификация рака легкого (по системе TNM, 1974) .....	127
Международная статистическая классификация рака легкого (МКБ-10) .....	128
Классификация дыхательной недостаточности (ДН) .....	129
Классификация дыхательной недостаточности по степени тяжести (Чучалин А. Г. и соавт., 2007) .....	131

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

<b>Шифр МКБ-10: класс XI; рубрики K 00 – K 93</b> .....	132
Классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни согласно международному научно обоснованному соглашению (Монреаль, 2005) .....	132
Классификация рефлюкс-эзофагита (Лос-Анджелес, 1994) .....	133
Классификация пищевода Баррета (Пражская классификация метаплазии в пищеводе, 2004) .....	133
Международная статистическая классификация рефлюкс-эзофагита (МКБ-10) .....	133
Классификация функциональных расстройств системы пищеварения (Римский консенсус III, 2006) .....	134
Международная статистическая классификация функциональных расстройств (МКБ-10) .....	136
Классификация хронического гастрита (Циммерман Я. С., 1994; 1998; Misiewicz J. J. et al., 1990) ....	137
Рабочая классификация хронического гастрита, основанная на Сиднейской системе (Австралия, 1990) .....	139
Визуально-аналоговая шкала морфологической оценки стадии и степени хронического гастрита (Российский пересмотр Международной классификации, утвержденный решением III съезда Российского общества патологоанатомов, Самара, Аруин Л. И. и соавт., 2009). Разработана на основе системы оценки стадии гастрита OLGA (Operative Linkfor Gastritis Assesment) (Runge M. et al., 2008), позволяющей оценить риск рака .....	140
Международная статистическая классификация хронического гастрита (МКБ-10) .....	141
Классификация язвенной болезни (Калинин А. В., 2010) .....	142

Международная статистическая классификация язвенной болезни (МКБ-10) .....	144
Классификация синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии III, 2006) .....	146
Международная статистическая классификация синдрома раздраженного кишечника (МКБ-10) .....	147
Классификация язвенного колита (ЯК) по протяженности поражения (Всемирный конгресс гастроэнтерологов, Монреаль, 2005) .....	147
Классификация язвенного колита (Парфенов А. И., 2009) .....	148
Тяжесть атаки ЯК (по критериям Truelove-Witts) .....	150
Международная статистическая классификация хронического язвенного колита (МКБ-10) .....	150
Классификация болезни Крона (БК) (Всемирный конгресс гастроэнтерологов, Монреаль, 2005) .....	151
Внекишечные проявления БК .....	153
Кишечные осложнения БК .....	153
Тяжесть атаки БК (по критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России, 2009) .....	154
Международная статистическая классификация болезни Крона (МКБ-10) .....	155
<b>ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b>	
<b>Шифр МКБ-10: класс IV; рубрики E 00 – K 90; класс X; рубрики K 90 – K 93</b> .....	156
Рабочая классификация энтеропатий (Ногаллер А. М., 1990) .....	156
Классификация дисахаридазных энтеропатий (энзимопатий) (Фролькис А. В., Горанская С. В., 1990) ....	156
Международная статистическая классификация энтеропатий (МКБ-10) .....	157

**БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**Шифр МКБ-10: класс I; рубрики В 15 – В 19;  
класс XI; рубрики К 70 – К 77** ..... 158

Классификация хронических гепатитов  
(Международный конгресс гастроэнтерологов,  
Лос-Анджелес, 1994) ..... 158

Международная статистическая классификация  
хронического гепатита (МКБ-10) ..... 159

Классификация циррозов печени  
(основана на классификации Всемирной ассоциации  
по изучению печени, Акапулько, Мексика, 1974) ..... 160

Классификация степени тяжести цирроза  
печени по Чайлд-Пью (индекс Child-Pugh) ..... 162

Международная статистическая классификация  
циррозов печени (МКБ-10) ..... 162

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

**Шифр МКБ-10: класс X; рубрики К 80 – К 87** ..... 164

Классификация желчнокаменной болезни  
(Григорьев П. Я., Яковенко А. В., 2001) ..... 164

Международная статистическая классификация  
желчнокаменной болезни (МКБ-10) ..... 164

Классификация хронического некалькулезного  
холецистита (Максимов В. А., 1984) ..... 165

Классификация хронического холецистита  
(Циммерман Я. С., 1992) ..... 166

Классификация дискинезий желчных путей  
(Григорьев П. Я., Яковенко Э. П., 1996) ..... 167

Международная статистическая классификация  
основных внутренних болезней (МКБ-10) ..... 167

Классификация хронического панкреатита  
(Ивашкин В. Т. и соавт., 1990) ..... 168

Классификация хронического панкреатита  
(Циммерман Я. С., 1995, с изменениями  
и дополнениями Н. Б. Губергриц, 2002) ..... 169

Международная статистическая классификация  
хронического панкреатита (МКБ-10) ..... 172

**БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ  
И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Шифр МКБ-10: класс XIII; рубрики М 00 – М 99** ..... 173

Классификация ревматоидного артрита (РА)  
(Ассоциация ревматологов России, 2007) ..... 173

Международная статистическая классификация  
ревматоидного артрита (МКБ-10) ..... 175

Классификация остеоартроза ..... 177

Рентгенологическая классификация  
для определения стадии остеоартроза  
(Келлгрэн, Лоуренс, 1957) ..... 178

Международная статистическая классификация  
остеоартроза (МКБ-10) ..... 178

Классификация остеопороза (Российская ассоциация  
по остеопорозу, 1997) ..... 179

Международная статистическая классификация  
остеопороза (МКБ-10) ..... 181

Классификация анкилозирующего  
спондилоартрита (2004) ..... 182

Международная статистическая классификация  
болезни Бехтерева (анкилозирующего  
спондилоартрита) (МКБ-10) ..... 184

Классификация системной красной волчанки  
(Насонова В. А., 1972–1986) ..... 184

Международная статистическая классификация системной красной волчанки (МКБ-10) ..... 185

Классификация системной склеродермии (Гусева Н. Г., 2008) ..... 186

Международная статистическая классификация системной склеродермии (МКБ-10) ..... 188

Классификация идиопатических воспалительных миопатий (в модификации Miller, 1994; рекомендована к применению Ассоциацией ревматологов России, 2008) ..... 188

Международная статистическая классификация дерматомиозита (полимиозита) (МКБ-10) ..... 189

Классификация узелкового периартериита (Семенкова Е. Н., 1988) ..... 190

Международная статистическая классификация узелкового периартериита (МКБ-10) ..... 191

Рабочая классификация болезни Рейтера ..... 192

Международная статистическая классификация болезни Рейтера и других артропатий (МКБ-10) ..... 193

**БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

*Шифр МКБ-10: класс XIV; рубрики N 00 – N 99* ..... 195

Классификация острого гломерулонефрита (Рябов С. И., 1982) ..... 195

Международная статистическая классификация острого гломерулонефрита (МКБ-10) ..... 195

Классификация хронического гломерулонефрита (основана на классификации Тареева Е. М., 1983) ..... 197

Международная статистическая классификация хронического гломерулонефрита (МКБ-10) ..... 197

Рабочая классификация хронического пиелонефрита ..... 198

Международная статистическая классификация тубулоинтерстициальных болезней почек (МКБ-10) ..... 198

Стратификация стадий хронической болезни почек по уровню СКФ (K/DOQI, 2002) ..... 200

Клиническая классификация тяжести хронической почечной недостаточности (K/DOQI, 2002) ..... 200

Международная статистическая классификация почечной недостаточности (МКБ-10) (до 2007 года) ..... 201

Соответствие стадий ХБП кодировке МКБ-10 (с изменениями от октября 2007 года) ..... 202

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛИМФОИДНОЙ, КРОВЕТВОРНОЙ И РОДСТВЕННЫХ ИМ ТКАНЕЙ**

*Шифр МКБ-10: класс XI; рубрики C 81 – C 96* ..... 203

Классификация гемобластозов (Воробьев А. И., 1985) ..... 203

Международная статистическая классификация гемобластозов (МКБ-10) ..... 204

Классификация острых лейкозов (Воробьев А. И., 1985) ..... 204

FAB – классификация острых лейкозов (предложена гематологами Франции, Америки, Великобритании в 1976 году, основана на морфологических и цитохимических признаках) ..... 205

Международная статистическая классификация острых лейкозов (МКБ-10) ..... 206

Классификация хронических лейкозов (Воробьев А. И., 1985, ВОЗ, 2001) ..... 208

Международная статистическая классификация хронических лейкозов (МКБ-10) ..... 208

Классификация эритремии ..... 209

**БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ  
И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ  
ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ**

**Шифр МКБ-10: класс III; рубрики D 50 – D 89** ..... 210

Рабочая классификация основных групп анемий ..... 210

Международная статистическая классификация анемий (МКБ-10) ..... 211

Классификация железодефицитной анемии (ЖДА) (Идельсон Л. И., 1979; Альперин Т. М., Митерев Ю. Г., 1983) ..... 212

Международная статистическая классификация железодефицитной анемии (МКБ-10) ..... 213

Геморрагические болезни (Баркаган З. С., 1988) ..... 214

Международная статистическая классификация геморрагических болезней (МКБ-10) ..... 215

Геморрагические коагулопатии ..... 216

Международная статистическая классификация геморрагических коагулопатий (МКБ-10) ..... 216

Классификация геморрагического васкулита (в сокращенном виде) ..... 217

Международная статистическая классификация геморрагического васкулита (МКБ-10) ..... 218

**БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА  
ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

**Шифр МКБ-10: класс IV; рубрики E 00 – E 90** ..... 219

Классификация сахарного диабета ..... 219

Критерии компенсации углеводного обмена при сахарном диабете 1-го типа (Российская ассоциация эндокринологов, 2009) ..... 220

Международная статистическая классификация сахарного диабета (МКБ-10) ..... 220

Классификация диабетической нефропатии (по Mogensen С. Е., 1983) ..... 222

Рабочая классификация диффузного токсического зоба .... 223

Классификация зоба (ВОЗ, 1992) ..... 224

Международная статистическая классификация диффузного токсического зоба (МКБ-10) ..... 225

Классификация аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (Кустов Н. И., Киселева Т. П., Калинин А. П., 1986, с дополнениями) ..... 226

Международная статистическая классификация аутоиммунного тиреоидита (МКБ-10) ..... 226

Рабочая классификация ожирения ..... 227

Классификация ожирения по индексу массы тела – ИМТ (ВОЗ, 1997) ..... 227

Международная статистическая классификация ожирения (МКБ-10) ..... 228

**ЛЕКАРСТВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**  
**Шифр МКБ-10: класс III; рубрики D 65 – D 69;  
класс XII; рубрики L 00 – L 99** ..... 229

Классификация лекарственной болезни.  
Виды побочного действия лекарств (Пыцкий В. И. и соавт., 1991) ..... 229

Классификация аллергических реакций на лекарственные препараты ..... 229

Клинические синдромы лекарственной аллергии ..... 230

Международная статистическая классификация лекарственной болезни (МКБ-10) ..... 231

**НОРМАТИВЫ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ  
И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ** ..... 232

**НОРМАТИВЫ НЕКОТОРЫХ  
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ** ..... 249

**ЛИТЕРАТУРА** ..... 264

**ВЕДУЩИЕ УЧЕНЫЕ САМАРСКОЙ  
НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ** ..... 269

Учебное издание

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:  
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ОФОРМЛЕНИЮ**

Учебное пособие

*Под редакцией О. В. Фатенкова*

Корректор *О. В. Корбан*  
Верстка *Е. А. Тюриной*  
Дизайн обложки *А. В. Андреевой*

Подписано в печать 19.12.2016.  
Формат 60 × 84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Newton. Печать оперативная.  
Усл. печ. л. 16,74. Тираж 200. Заказ 72.

ООО «Издательство АСГАРД»  
Член Ассоциации книгоиздателей России  
443023, г. Самара, ул. Промышленности, 278, корп. 47  
Тел.: (846) 246-97-01, 205-31-31  
e-mail: knigaasgard@yandex.ru, www.asgard-samara.ru