

В.С.Гасилин, П.С.Григорьев, О.Н.Мушкин, Б.А.Блохин. Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов <http://ollo.norna.ru>

Болезни сердечно-сосудистой системы

1. Классификация артериальной гипертензии (АГ)

1. По уровню артериального давления (АД)

1.1. Нормальное АД -- ниже 140/90 мм рт ст

1.2. Пограничный уровень АД - 140-159/90-94 мм от ст 1.3_Артериальная гипертензия - 160/95 мм рт. ст. и выше.

2. По этиологии.

2.1. Эссенциальная или первичная гипертензия (гипертоническая болезнь -- ГБ).

2.2. Симптоматические артериальные гипертензии

Почечные: острый и хронический гломерулонефрит; хронический пиелонефрит; интерстициальный нефрит при подагре, гиперкальциемии; диабетический гломерулосклероз; поликистоз почек; узелковый периаартериит и другие внутрпочечные артерииты; системная красная волчанка; склеродермия; амилоидносморщенная почка; гипоплазия и врожденные дефекты почки; мочекаменная болезнь; обструктивные уропатии; гидронефроз; нефроптоз; гипернефроидный рак; плазмцитомы и некоторые другие новообразования; травматическая периренальная гематома и др. травмы почки.

Реноваскулярные (вазоренальные): фиброзно-мышечная дисплазия почечных артерий; атеросклероз почечных артерий; неспецифический аортоартериит; тромбозы и эмболии почечных артерий; сдавление почечных артерий извне (опухоли, сращения, рубцы гематомы).

Эндокринные: надпочечниковые (первичный альдостеронизм аденома коры надпочечников, двусторонняя гиперплазия коры надпочечников, болезнь и синдром Иценко-Кушинга; врожденная надпочечниковая гиперплазия, феохромоцитома); гипофизарные (акромегалия), тиреоидные (тиреотоксикоз), паратиреоидные (гиперпаратиреоз), карциноидный синдром.

Гемодинамические: атеросклероз и др. уплотнения аорты; коарктация аорты; недостаточность клапанов аорты; полная атриовентрикулярная блокада; артериовенозные фистулы: открытый артериальный проток, врожденные и травматические аневризмы, болезнь Педжета (деформирующий остит); застойная недостаточность кровообращения; эритремия.

Нейрогенные: опухоли, кисты, травмы мозга; хроническая ишемия мозга при сужении сонных и позвоночных артерий; энцефалит; бульбарный полиомиелит.

Поздний токсикоз беременных.

Экзогенные: отравления (свинец, талий, кадмий и др.); лекарственные воздействия (преднизолон и др. глюкокортикоиды; минералокортикоиды); контрацептивные средства; тяжелые ожоги и др.

Классификация гипертонической болезни (эссенциальная гипертензия) (401--404)

По стадиям: I (функциональная).

II (гипертрофия сердца, изменения сосудов). III (резистентная к лечению).

С преимущественным поражением: сердца, почек, головного мозга, глаз.

Пограничная гипертензия. По рекомендации комитета экспертов ВОЗ пределы зоны пограничной АГ для взрослых людей: систолическое давление (СД) -- 140--160 мм рт. ст., диастолическое (ДД) -- 90--95 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь

Стадия I. Признаки изменений сердечно-сосудистой системы, вызванные гипертонией, обычно еще не обнаруживаются. ДД в покое колеблется от 95 до 104 мм рт. ст., СД -- в пределах 160--179 мм рт. ст., среднее гемодинамическое от 110 до 124 мм рт. ст. Давление лабильно. Оно заметно меняется в течение суток.

Стадия II. Характеризуется значительным увеличением числа жалоб кардиального и нейрогенного характера. ДД в покое колеблется между 105--114 мм рт. ст.; СД достигает 180--200 мм рт. ст., среднее гемодинамическое -- 125--140 мм рт. ст. Основным отличительным признаком перехода болезни в данную стадию является гипертрофия левого желудочка, диагностируемая обычно физическим методом (ЭКГ, ЭХОКГ и рентгенологическим); над аортой слышен четкий II тон. Изменения артерий глазного дна. Почки: протеинурия.

Стадия III. Выраженные органические поражения различных органов и систем, сопровождающиеся теми или иными функциональными нарушениями (недостаточность кровообращения по левожелудочковому типу, кровоизлияние в область коры, мозжечка или ствола мозга, в сетчатку, либо гипертоническая энцефалопатия). Гипертоническая ре-тинопатия со значительными изменениями глазного дна и с понижением зрения. Резистентная к лечению АГ: ДД в пределах 115--129 мм рт. ст., СД -- 200--230 мм рт. ст. и выше, среднее гемодинамическое -- 145--190 мм рт. ст. При развитии тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт и др.) АД, особенно систолическое, обычно значительно снижается, причем нередко до нормального уровня ("обезглавленная гипертония").

Примеры формулировки диагноза

1. Гипертоническая болезнь I стадия.
2. Гипертоническая болезнь II стадия с преимущественным поражением сердца.

Примечание: в классификации артериальной гипертонии учтены рекомендации комитета экспертов ВОЗ.

2. Классификация нейроциркуляторной дистонии (НЦД) (306)

Клинические типы:

1. Гипертонический.
2. Гипотонический.
3. Кардиальный.

По тяжести течения:

1. Легкая степень -- болевой и тахикардальный синдромы выражены умеренно (до 100 уд. в мин.), возникают лишь в связи со значительными психоэмоциональными и физическими нагрузками. Сосудистые кризы отсутствуют. Необходимости в лекарственной терапии обычно нет. Трудоспособность сохранена.
2. Средняя степень -- сердечный болевой приступ отличается стойкостью. Тахикардия возникает спонтанно, достигая 110--120 уд в мин. Возможны сосудистые кризы. Применяется лекарственная терапия. Трудоспособность снижена или временно утрачена.
3. Тяжелая степень -- болевой синдром отличается упорством. Тахикардия достигает 130--150 уд. в мин. Выражены дыхательные расстройства. Часты вегетативно-сосудистые кризы. Нередко психическая депрессия. Медикаментозная терапия необходима в условиях стационара. Трудоспособность резко снижена и временно утрачена.

Примечание: вегетативно-сосудистая дистония (ВСД) характеризуется совокупностью вегетативных нарушений организма и указывается в развернутом клиническом диагнозе после основного заболевания (патологии внутренних

органов, эндокринных желез, нервной системы, и т.д.), которое может явиться этиологическим фактором возникновения вегетативных расстройств.

Примеры формулировки диагноза

1. Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, средней тяжести.

2. Климакс. Вегетативно-сосудистая дистония с редкими симпатико-адреналовыми кризами.

3. Классификация ишемической болезни сердца (ИБС) (410--414,418)
Стенокардия:

1. Стенокардия напряжения:

1.1. Стенокардия напряжения впервые возникшая.

1.2. Стенокардия напряжения стабильная с указанием функционального класса больного от I до IV.

1.3. Стенокардия напряжения прогрессирующая.

1.4. Стенокардия спонтанная (вазоспастическая, особая, вариантная, Принцметала).

2. Острая очаговая дистрофия миокарда.

3. Инфаркт миокарда:

3.1. Крупноочаговый (трансмуральный) -- первичный, повторный (дата).

3.2. Мелкоочаговый -- первичный, повторный (дата).

4. Кардиосклероз постинфарктный очаговый.

5. Нарушение сердечного ритма (с указанием формы).

6. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).

7. Безболевая форма ИБС.

8. Внезапная коронарная смерть.

Примечание: в классификации ишемической болезни сердца учтены рекомендации комитета экспертов ВОЗ.

Функциональный класс стабильной стенокардии в зависимости от способности выполнять физические нагрузки

I класс -- больной хорошо переносит обычные физические нагрузки.

Приступы стенокардии возникают только при нагрузках высокой интенсивности.

ЮМ -- 600 кгм и выше.

II класс -- приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме более чем на 1 этаж. Вероятность возникновения приступа стенокардии увеличивается при ходьбе в холодную погоду, против ветра, при эмоциональном возбуждении или в первые часы после пробуждения. ЮМ -- 450--600 кгм.

III класс -- выраженное ограничение обычной физической активности.

Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, могут возникать редкие приступы стенокардии покоя. ЮМ -- 300--450 кгм.

IV класс -- стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, при ходьбе по ровному месту на расстоянии менее 100 м. Характерно возникновение приступов стенокардии в покое. ЮМ -- 150 кгм или не проводится.

Примечание: классификация функциональных классов стенокардии стабильной составлена с учетом рекомендации Канадской ассоциации кардиологов.

Внезапная коронарная смерть -- смерть в присутствии свидетелей наступившая мгновенно или в пределах 6 часов от начала сердечного приступа.

Впервые возникшая стенокардия напряжения -- продолжительность до 1 месяца с момента появления.

Стабильная стенокардия -- продолжительность более 1 месяца.

Прогрессирующая стенокардия -- увеличение частоты, тяжести и продолжительности приступов в ответ на обычную для данного больного нагрузку, уменьшение эффективности нитроглицерина; могут появиться изменения на ЭКГ.

Спонтанная (особая) стенокардия -- приступы возникают в покое, труднее поддаются действию нитроглицерина, может сочетаться со стенокардией напряжения.

Постинфарктный кардиосклероз -- ставится не ранее, чем через 2 месяца с момента возникновения инфаркта миокарда.

Нарушение сердечного ритма (с указанием формы, стадии).

Сердечная недостаточность (с указанием формы, стадии) -- ставится после постинфарктного кардиосклероза.

Примеры формулировки диагноза

1. ИБС. Стенокардия напряжения впервые возникшая.
 2. ИБС. Стенокардия напряжения и (или) покоя, ФК -- IV, диффузный кардиосклероз, желудочковая экстрасистолия. Но.
 3. ИБС. Стенокардия вазоспастическая.
 4. ИБС. Инфаркт миокарда трансмуральный в области задней стенки левого желудочка (дата), кардиосклероз, мерцание предсердий, тахисистолическая форма, НIIА.
 5. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК-III, постинфарктный кардиосклероз (дата), блокада левой ножки пучка Гиса. НIIБ.
4. Классификация миокардитов (422) (по Н. Р. Палееву, 1991 г.)
1. Инфекционные и инфекционно-токсические.
 - 1.1. Вирусные (грипп, инфекция Коксаки, полиомиелит и др.).
 - 1.2. Бактериальные (дифтерия, скарлатина, туберкулез, брюшной тиф).
 - 1.3. Спирохетозные (сифилис, лептоспироз, возвратный тиф).
 - 1.4. Риккетсиозные (сыпной тиф, лихорадка Q).
 - 1.5. Паразитарные (токсоплазмоз, болезнь Чагаса, трихинеллез).
 - 1.6. Грибковые (актиномикоз, кандидоз, кокцидиомикоз, аспергиллез).
 2. Аллергические (иммунные): идиопатический (типа Абрамова-Фидлера), лекарственный, сывороточный, нутритивный, при системных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, склеродермия), при бронхиальной астме, синдроме Лайелла, синдроме Гудпасчера, ожоговый, трансплантационный.
 3. Токсико-аллергический: тиреотоксический, уремический, алкогольный.

Пример формулировки диагноза

1. Миокардит инфекционно-токсический постгриппозный.
5. Классификация миокардиодистрофии (429) (по Н. Р. Палееву, 1991 г.)
По этиологической характеристике.
1. Анемические.
 2. Эндокринные и дисметаболические.
 3. Токсические.
 4. Алкогольные.
 5. При перенапряжении.
 6. Наследственно-семейные заболевания (мышечная дистрофия, атаксия Фредерика).
 7. Алиментарные.
 8. При закрытых травмах грудной клетки, воздействии вибрации, радиации и др.).

Примеры формулировки диагноза

1. Миокардиодистрофия тиреотоксическая с исходом в кардиосклероз, мерцание предсердий, II Б стадии.

2. Климакс. Миокардиодистрофия. Желудочковая экстрасистолия.
3. Алкогольная Миокардиодистрофия, мерцание предсердий, Нщ стадии.
6. Классификация кардиомиопатий (425) (ВОЗ, 1983 г.)

1. Дилатационная (застойная).
2. Гипертрофическая.
3. Рестриктивная (констриктивная)

Примечание: к кардиомиопатиям необходимо относить поражения сердечной мышцы, не носящие воспалительного, либо склеротического характера (не связанные с ревматическим процессом, миокардитами, ИБС, легочным сердцем, гипертензией большого или малого круга кровообращения).

Пример формулировки диагноза

1. Дилатационная кардиомиопатия. Мерцание предсердий. НпБ.
7. Классификация нарушений ритма и проводимости (427)

1. Нарушения функции синусового узла.
 - 1.1. Синусовая тахикардия.
 - 1.2. Синусовая брадикардия.
 - 1.3. Синусовая аритмия.
 - 1.4. Остановка синусового узла.
 - 1.5. Миграция суправентрикулярного водителя ритма.
 - 1.6. Синдром слабости синусового узла.
2. Эктопические импульсы и ритмы.
 - 2.1. Ритмы из а-у соединения.
 - 2.2. Идиовентрикулярный ритм.
 - 2.3. Экстрасистолия.
 - 2.3.1. Синусовые экстрасистолы.
 - 2.3.2. Предсердные экстрасистолы.
 - 2.3.3. Экстрасистолы из а-у соединения.
 - 2.3.4. Возвратные экстрасистолы.
 - 2.3.5. Экстрасистолы из пучка Гиса (стволовые).
 - 2.3.6. Наджелудочковые экстрасистолы с аберрантным комплексом ОК8.
 - 2.3.7. Блокированные наджелудочковые экстрасистолы.
 - 2.3.8. Желудочковые экстрасистолы.
 - 2.4. Эктопические тахикардии:
 - 2.4.1. Предсердная пароксизмальная тахикардия.
 - 2.4.2. Тахикардия из а-у соединения с одновременным возбуждением предсердий и желудочков или с предшествующим возбуждением желудочков.
 - 2.4.3. Правожелудочковая или левожелудочковая пароксизмальная тахикардия.
3. Нарушения проведения импульсов (блокады).
 - 3.1. Синоатриальные блокады (СА блокады).
 - 3.1.1. Неполная СА блокада с периодами Венкебаха (II степень I тип).
 - 3.1.2. Неполная СА блокада без периодов Венкебаха (II степень II тип).
 - 3.2. Замедление межпредсердной проводимости (неполная межпредсердная блокада):
 - 3.2.1. Полная межпредсердная блокада.
 - 3.3. Неполная а-у блокада I степени (замедление а-у проводимости).
 - 3.4. а-у блокада II степени (типа Мобитца I) с периодами Самойло-ва-Венкебаха.
 - 3.5. а-у блокада II степени (типа Мобитца II).
 - 3.6. Неполная а-у блокада далеко зашедшая, высокой степени 2:1, 3:1, 4:1, 5:1.
 - 3.7. Полная а-у блокада III степени.
 - 3.8. Полная а-у блокада с миграцией водителя ритма в желудочках.
 - 3.9. Феномен Фредерика.
 - 3.10. Нарушение внутривентрикулярной проводимости.

- 3.11. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.
- 3.12. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
- 3.13. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 3.14. Блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 3.15. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.
- 3.16. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса.
- 3.17. Полная блокада правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 3.18. Полная блокада правой ножки и задней ветви левой ножки пучка Гиса.
- 3.19. Неполная трехпучковая внутрижелудочковая блокада. Полная трехпучковая блокада.
- 4. Синдром ускоренного предсердно-желудочкового проведения
- 4.1. Синдром WPW.
- 5. Парасистолии.
- 5.1. Желудочковая брадикардическая парасистолия.
- 5.2. Парасистолы из а-у соединения.
- 5.3. Предсердная парасистолия.
- 6. Атриовентрикулярные диссоциации.
- 6.1. Неполная а-у диссоциация.
- 6.2. Полная а-у диссоциация (изоритмическая).
- 7. Трепетание и мерцание (фибрилляция) предсердий и желудочков.
- 7.1. Брадисистолическая форма мерцания предсердий.
- 7.2. Нормосистолическая форма мерцания предсердий.
- 7.3. Тахисистолическая форма мерцания предсердий.
- 7.4. Пароксизмальная форма мерцания предсердий.
- 7.5. Трепетание желудочков.
- 7.6. Фибрилляция желудочков.
- 7.7. Желудочковая асистолия.

Примечание: в классификации нарушений ритма и проводимости учтены рекомендации ВОЗ.

8. Классификация инфекционных эндокардитов (ИЭ) (421)

- 1. Острый септический эндокардит (возникающий, как осложнение сепсиса, -- хирургического, гинекологического, урологического, крип-тогенного, а так же осложнение инъекций, инвазивных диагностических манипуляций).
- 2. Подострый септический (инфекционный) эндокардит (обусловлен наличием внутрисердечного или прилежащих к артериальным сосудам инфекционного очага приводящего к рецидивирующей септицемии, эмболиям).
- 3. Затяжной септический эндокардит (вызываемый зеленым стрептококком или близкими ему штаммами, с отсутствием гнойных метастазов, преобладанием иммунопатологических проявлений)

Примечания: в зависимости от предшествующего состояния клапанного аппарата все ИЭ делят на две группы:

- первичные, возникающие на неизмененных клапанах.
- вторичные, возникающие на измененных клапанах. Случаи заболевания длительностью до 2 мес. относят к острому свыше этого срока -- к подострому ИЭ.

Клинические и лабораторные критерии активности инфекционного эндокардита

Критерии

Степень активности

(минимальная)

II

(умеренная)

III

(высокая)

Температура

36.5--37.5- С

37,6--38' С

38,1--40-С

Ознобы

Отсутствуют

Познабливание

Потрясающие

Потливость

Отсутствует

Повышенная

Профузная

Формирование порока сердца

Медленное

Медленное

Быстрое

Гломерулонефрит

Очаговый

Очаговый

Диффузный

Миокардит

Очаговый

Очаговый

Очаговый

Эмболии и инфаркты

Отсутствуют

Могут быть

Часты

Гемоглобин, г/л

120--150

119--110

109--90

СОЭ, мм/ч

10--20

19--40

более 40

V-- глобулиновая фракция, %

20--22

23--25
26--35

Фибриноген, мкмоль/л
11,7--14,6
14,7--16,9
17,0--29,3

Иммуноглобулины, мкмоль/л:

A
12,5--16,2
16,3--19,4
19,5--25,0

M
1,27--1,61
1,62--2,03
2,04--2,63

G
71,2--86,3
86,4--106,5
106,6--151,2

Пример формулировки диагноза

1. Первичный подострый инфекционный эндокардит, стафилококковой этиологии, активность III степени. Недостаточность аортального клапана. НцБ.
2. Вторичный затяжной септический эндокардит, стрептококковой (зеленящий стрептококк) этиологии, активность II степени. Ревматический порок сердца, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. НпА стадии.
9. Классификация перикардитов (423--424) (по Е. Е. Гогину, 1979 г.)
 1. Перикардиты, вызванные воздействием на организм инфекционного возбудителя.
 - 1.1. Неспецифические бактериальные перикардиты: кокковые и другие микробные, вызываемые "газовой инфекцией", при ранениях и травмах.
 - 1.2. Туберкулезный перикардит.
 - 1.3. Ревматический перикардит.
 - 1.4. Специфические бактериальные перикардиты при общих инфекционных заболеваниях (брюшнотифозный, дизентерийный, холерный бруцеллезный, сибиреязвенный, чумной, туляремийный, возвратнотифозный, сифилитический и т. д.).
 - 1.5. Перикардиты, вызванные иными возбудителями: вирусные и риккетсиозные (при гриппе; заболеваниях, вызванных вирусом Кокса-ки; при инфекционном мононуклеозе), грибковые (актиномикоз, кан-дидоз), при протозойной инвазии (амебиаз, малярия).
 2. Асептические перикардиты.
 - 2.1. Аллергические перикардиты.
 - 2.2. Перикардиты при системных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, системная склеродермия).
 - 2.3. Перикардиты, вызываемые непосредственным повреждением (травматический, эпистенокардический)
 - 2.4. Аутоиммунные (альтерогенные перикардиты) -- постинфарктный,

посткомиссуротомный, постперикардотомный, посттравматический.

2.5. Перикардиты при заболеваниях крови, геморрагических диатезах, лучевой болезни.

2.6. Перикардиты при злокачественных опухолях.

2.7. Перикардиты при заболеваниях с глубокими обменными нарушениями (уремический, подагрический).

3. Идиопатические перикардиты (с неуточненной этиологией).

Клинико-морфологическая классификация болезней перикарда

1. Острые формы.

1.1. Сухой или фибринозный.

1.2. Выпотной или экссудативный (серозно-фибринозный, геморрагический):

-- с тампонадой сердца;

-- без тампонады.

1.3. Гнойный и гнилостный.

2. Хронические формы.

2.1. Выпотной.

2.2. "Бессимптомный".

2.3. С функциональными нарушениями сердечной деятельности.

2.4. С отложением извести, панцирное сердце.

2.5. С экстраперикардальными сращениями.

2.6. Констриктивный перикардит: начальная стадия (форма) выраженная стадия (форма), дистрофическая стадия.

3. Диссеминация воспалительных гранул ("жемчужница").

Примеры формулировки диагноза

1. Пневмония крупозная, левосторонняя, нижнедолевая, пневмококковая.

Перикардит пневмококковый серозно-фибринозный, Нп А.

2. Перикардит туберкулезный адгезивный. Констриктивный перикардит, дистрофическая стадия; Нш, фиброз печени, асцит.

10. Классификация и номенклатура приобретенных пороков сердца (394--398)

(по Н. М. Мухарлямову, Г. И. Кассирскому, В. В. Соловьеву, 1978 г.)

Происхождение

Анатомическая характеристика

Степень выраженности

Осложнения

А. Органические пороки: ревматизм, бактериальный эндокардит, коллагено-зы, атеросклероз, сифилис, травма и ДР.

Пороки митрального клапана. Пороки аортального клапана. Пороки трикуспидального клапана. Порок клапана легочной артерии.

Митрально-аортальные.

I - незначительная

II - умеренная

III - резкая

Недостаточность кровообращения (НІ, НII, НIII), сердечная астма, нарушение ритма сердца, тромбозы и тромбоземболии.

Б. "Относительные" неорганические пороки: пролапс (выбухание) створки, относительная недостаточность или стеноз клапана при измененных объемах полостей сердца и магистральных сосудов, нарушение тонуса папиллярных мышц.

Митрально-трикуспидальные, митрально-аортально-трикуспидальные пороки, а также их сочетание с недостаточностью клапана легочной артерии.

Примечание: в соответствии с данной классификацией в диагнозе порока сердца необходимо отражать его этиологию, анатомическую характеристику, степень выраженности клапанного порока, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и имеющиеся осложнения.

11. Классификация хронической недостаточности кровообращения (ХНК) (428)

(по Н. Д. Стражеско и В. Г. Василенко)

1. Классификация ХНК

I стадия - (начальная, скрытая). В покое отсутствие субъективных и объективных признаков нарушения гемодинамики. Они проявляются только при физическом напряжении (одышка, чрезмерное утомление а нередко и сердцебиение). Кроме того, имеется компенсаторная гипертрофия и/или тоногенная дилатация того или другого отдела сердца.

П-А стадия - (выраженная, длительная). Недостаточность правого или левого сердца, явления застоя, нерезко выраженные и быстро проходящие после соответствующего режима и лечения; нарушения функции некоторых органов и нарушения обмена веществ выражены слабо 1ак, например, печень увеличена, болезненна, но в умеренной степени, отеки на ногах появляются к вечеру, а к утру исчезают

П-Б стадия -- недостаточность и правого, и левого сердца. Явления застоя и нарушения обмена и функций других органов выражены сильнее; печень большая, застойные явления в почках, стойкие и значительные отеки.

Ш стадия -- (конечная, дистрофическая). Недостаточность всего сердца, выраженные явления застоя, значительные нарушения обмена веществ и функции других органов, наличие глубоких необратимых дистрофических изменений с исходом в цирротические во всех органах, главным образом в легких и печени.

2. Классификация хронической недостаточности (ХСН) (по Мухарлямову Н. М., 1978 г.)

1. По происхождению.

1.1. Перегрузка давлением.

1.2. Перегрузка объемом.

1.3. Первично-миокардиальная (метаболическая)

2. По сердечному циклу.

2.1. Систолическая недостаточность.

2.2. Диастолическая недостаточность.

2.3. Смешанная недостаточность.

3. Клинический вариант.

3.1. Преимущественно левожелудочковая.

3.2. Преимущественно правожелудочковая.

3.3. Тотальная.

3.4. Гиперкинетическая.

3.5. Коллаптоидная.

3.6. Сохраненный синусовый ритм; брадикардия

4. По стадиям.

1 -- период А; период Б.

II -- период А; период Б.

III -- период А (частично необратимая стадия);
период Б (полностью необратимая стадия).

3. Классификация ХСН ("Нью-Йоркская", американская ассоциация кардиологов)

I класс -- компенсированная СН, в которой выделяют два подкласса:

I А -- гипертрофия миокарда при нормальном МО сердца, отсутствии циркуляторных расстройств в покое, выявляемая при специальном инструментальном исследовании в условиях нагрузки.

I Б -- проходящего характера циркуляторные расстройства в условиях нагрузки.

II класс -- частично декомпенсированная СН.

III класс -- частично необратимая.

IV класс -- полностью необратимая.

Примечания.

Подкласс I А -- ранняя предзастойная стадия СН, характеризуется отсутствием жалоб или нарушений гемодинамики в покое, но физические и эмоциональные нагрузки приводят к повышению давления наполнения в левом желудочке и диастолического давления в легочной артерии и снижению сердечного выброса на 10--20%.

Подкласс I Б -- соответствует I стадии НК по классификации Стражеско Н. Д. и Василенко В. Х., т. е. характеризуется появлением преходящего застоя в малом круге в условиях физической нагрузки.

II класс -- соответствует НК -- II А стадии.

III класс -- соответствует II Б стадии, т. е. частично необратимая стадия (СН), при которой имеются выраженные застойные явления в большом и малом круге кровообращения, низкий сердечный выброс, значительная дилатация полостей сердца, но при адекватной терапии современными лекарственными средствами удается добиться заметного улучшения состояния больных, уменьшения отеков, анасарки, застоя во внутренних органах.

IV класс -- полностью необратимая стадия, соответствующая III стадии классификации Стражеско Н. Д. и Василенко В. Х.

12. Легочное сердце (415--416) (принята симпозиумом в г. Минске, 1964 г.)

1. По течению.

1.1. Острое (развивается в течение нескольких часов или дней).

1.2. Подострое (развивается в течение нескольких недель или месяцев).

1.3. Хроническое (развивается в течение нескольких лет).

2. По преимущественному происхождению.

2.1. Вазкулярное (при сужении общего русла малого круга кровообращения и затруднении кровотока в нем).

2.2. Бронхолегочное (при абсолютном или относительном уменьшении легочной вентиляции из-за нарушения бронхиальной проходимости, при уменьшении дыхательной поверхности легких, при нарушении проницаемости альвеолярно-капиллярной мембраны).

2.3. Торакодиафрагмальное (при абсолютном или относительном уменьшении легочной вентиляции из-за нарушения участия в акте дыхания костно-мышечных структур грудной клетки и диафрагмы или иннервирующего их аппарата).

3. По состоянию сократительной способности миокарда.

3.1. Компенсированное.

3.2. Декомпенсированное, т. е. правожелудочковая или тотальная недостаточность сердца.

4. По степени правожелудочковой или тотальной недостаточности сердца.

I -- набухание вен шеи, небольшое увеличение печени, преходящие отеки

на ногах.

II -- увеличение печени, периферические отеки.

III -- застойный цирроз печени, анасарка, полостные отеки, недостаточность трехстворчатого клапана.

Острое легочное сердце

1. По преимущественному происхождению:

1.1. Вазкулярное: при тромбоэмболии легочной артерии или ее крупных ветвей (тромбоэмболия кровяная, жировая, газовая, опухолевая), клапанном пневмотораксе, пневмомедиастинуме, бурно нарастающем экссудативном плеврите, бурно нарастающем гемотораксе, резекции легкого (первые часы или дни после операции)

1.2. Бронхолегочное: при астматическом статусе, отравлении фосфо-органическими соединениями, инородном теле в главном бронхе, распространенной пневмонии, отравлении удушающими газами (хлорит, п.).

1.3. Торакодиафрагмальное: при остром отравлении препаратами морфина, барбитуратами, никотином, кураре, миорелаксантами, ботулизме, полиомиелите (паралитическая стадия), острой форме дермато-миозита (синдроме Вагнера-Унферрихта).

2. По состоянию сократительной функции миокарда:

Декомпенсированное (в диагнозе специально не оговаривается).

Подострое легочное сердце

1. По преимущественному происхождению.

1.1. Вазкулярное: при повторных мелких тромбоэмболиях легочной артерии (тромбоэмболия кровяная, эмболия яйцами паразитов, оболочками эритроцитов при серповидноклеточной анемии), узелковом пери-артериите респираторной формы (синдром Вегенера).

1.2. Бронхолегочное: при повторных тяжелых приступах бронхиальной астмы, раковом лимфангите легких.

1.3. Торакодиафрагмальное: вследствие длительной гиповентиляции легких центрального или периферического происхождения при ботулизме, полиомиелите, миастении.

2. По состоянию сократительной функции миокарда.

2.1. Компенсированное.

2.2. Декомпенсированное.

Хроническое легочное сердце

1. По преимущественному происхождению.

1.1. Вазкулярное: при первичной легочной гипертензии, артериитах легочной артерии, резекции легкого.

1.2. Бронхолегочное: при обструктивных процессах в бронхах (хронических бронхитах, эмфиземе легких, бронхиальной астме, диффузном пневмосклерозе различной этиологии), рестриктивных процессах в легких (фиброзах, гранулезах), поликистозе легких.

1.3. Торакодиафрагмальное: при поражении позвоночника и грудной клетки с ее деформацией, плевросклерозе (облитерации плевры, плевральных швартях), хронической форме дерматомиозитов (синдроме Петжеса-Клета), склеродермии, ожирении (Пиквикском синдроме).

2. По состоянию сократительной функции миокарда.

а) компенсированное;

б) Декомпенсированное.

Примеры формулировки диагноза

1. Острое легочное сердце. Тромбофлебит глубоких вен левой голени. Тромбоэмболия крупных ветвей легочной артерии.

2. Хронический обструктивный слизисто-гнойный бронхит, обострение.

Хроническое компенсированное легочное сердце.

