

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)

Клинические рекомендации

- 1) Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017 года.
- 2) Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы» 2016 года.
- 3) Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST 2015 года.
- 4) Клинические рекомендации МЗ РФ «Стабильная ишемическая болезнь сердца» 2016 года.

Кодирование по МКБ

I20-I25	Ишемическая болезнь сердца
I20.0	Нестабильная стенокардия
I20.1	Стенокардия с документально подтвержденным спазмом
I20.8	Другие формы стенокардии
I20.9	Стенокардия неуточненная
I21	Острый инфаркт миокарда
I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
I21.4	Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда
I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный
I22	Повторный инфаркт миокарда
I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда
I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации
I22.9	Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
I24	Другие формы острой ишемической болезни сердца
I24.0	Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда
I24.1	Синдром Дресслера
I24.8	Другие формы острой ишемической болезни сердца
I24.9	Острая ишемическая болезнь сердца неуточненная
I25	Хроническая ишемическая болезнь сердца
I25.0	Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная
I25.1	Атеросклеротическая болезнь сердца
I25.2	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
I25.3	Аневризма сердца
I25.4	Аневризма коронарной артерии
I25.5	Ишемическая кардиомиопатия
I25.6	Бессимптомная ишемия миокарда
I25.8	Другие формы хронической ишемической болезни сердца
I25.9	Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная

Термины и определения

Острый коронарный синдром – любая группа клинических признаков или симптомов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Острый коронарный синдром со стойкими подъемами сегмента ST – недавно возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда в сочетании с наличием стойких (длительностью более 20 минут) подъемов сегмента ST как минимум в

двух смежных отведениях ЭКГ. Включает инфаркт миокарда со стойкими подъемами сегмента ST и нестабильную стенокардию.

Инфаркт миокарда без стойких подъемов сегмента ST – инфаркт миокарда, при котором в ранние сроки заболевания отсутствуют стойкие (длительностью более 20 минут) подъемы сегмента ST на ЭКГ.

Инфаркт миокарда с зубцом Q – инфаркт миокарда с появлением патологических зубцов Q как минимум в двух смежных отведениях ЭКГ.

Инфаркт миокарда без зубца Q – инфаркт миокарда, когда патологические зубцы Q на ЭКГ не сформировались.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИБС

1. Острая ИБС.

1.1. Острый инфаркт миокарда.

1.1.1. По стадии заболевания:

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

1.1.2. По глубине поражения:

- 1.1.2.1. Трансмуральный ИМ (с QS на ЭКГ)
- 1.1.2.2. Q-образующий ИМ
- 1.1.2.3. Не Q-образующий ИМ

1.1.3. По локализации:

- 1.1.3.1. Передний ИМ.
- 1.1.3.2. Нижний ИМ.
- 1.1.3.3. ИМ других уточненных локализаций.
- 1.1.3.4. ИМ неуточненной локализации.

1.1.4. По наличию или отсутствия стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ:

- 1.1.4.1. ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМ_ПST)
- 1.1.4.2. ИМ без подъема сегмента ST на ЭКГ (ИМ_БПST)

1.2. Нестабильная стенокардия.

- 1.2.1. Впервые возникшая стенокардия.
- 1.2.2. Прогрессирующая стенокардия.
- 1.2.3. Вариантная стенокардия (Принцметала).

2. Хроническая ИБС.

2.1. Стенокардия напряжения I-IV ФК.

2.2. Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- 1) ИБС. Острый трансмуральный передний с подъемом сегмента ST на ЭКГ инфаркт миокарда от 10.05.2019г.
- 2) ИБС. Развивающийся Q-образующий нижний с подъемом сегмента ST на ЭКГ инфаркт миокарда от 28.06.2019г.
- 3) ИБС. Острый не Q-образующий циркулярный без подъема сегмента ST на ЭКГ инфаркт миокарда от 12.08.2019г.
- 4) ИБС. Впервые возникшая стенокардия с исходом в стенокардию напряжения 2 ФК.
- 5) ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СН): ХРОНИЧЕСКАЯ (ХСН) И ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ (ОДСН)

Клинические рекомендации

1) ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение.

Кодирование по МКБ

- I 50 – Сердечная недостаточность.
- I 50.0 – Застойная сердечная недостаточность.
- I50.1 – Левожелудочковая недостаточность.
- I50.9 – Сердечная недостаточность неуточненная.

Термины и определения

Левожелудочковая недостаточность – состояние, обусловленное неспособностью левого желудочка переместить в аорту всю кровь, притекающую к нему из легочных вен, и характеризующееся застоем крови в малом круге кровообращения.

Правожелудочковая недостаточность – состояние, обусловленное снижением сократительной способности правого желудочка, характеризующееся застоем в большом круге кровообращения .

Ортопноэ – (orthopnoe от греч . orthos – «прямой» и рноэ – «дыхание») – высокая степень одышки с вынужденным (полусидячим или сидячим) положением больного .

Острый отек легких (кардиогенный отек легких) – острое жизнеугрожающее состояние, в основе которого лежит острая левожелудочковая недостаточность, ведущая к патологическому накоплению внесосудистой жидкости в легочной ткани и альвеолах и приводящая как к снижению функциональных способностей легких, так и к прогрессирующим нарушениям деятельности других органов и систем.

Острая декомпенсированная сердечная недостаточность – период течения ХСН, который характеризуется быстрым усугублением / появлением симптомов сердечной недостаточности, что требует экстренной госпитализации пациента и проведения интенсивной терапии .

Ремоделирование сердца – процесс изменения структуры, формы и функции камер сердца, инициируемый утратой части жизнеспособного миокарда или повреждающей перегрузкой, который обеспечивает вначале адаптацию сердца к изменившимся условиям, а затем – его прогрессирующую функциональную неполноценность .

Сердечная астма – приступы одышки и удушья, возникающие из-за застоя крови в легочных венах вследствие функциональной неполноценности левых отделов сердца .

Фракция выброса – показатель, представляющий со бой отношение ударного объема крови ЛЖ к его конечно-диастолическому объему, выраженное в процентах.

Классификация СН

1. Классификация СН по длительности течения:
 - 1.1. Острая декомпенсированная СН (ОДСН).
 - 1.2. Хроническая СН (ХСН).
2. По ФВ ЛЖ:
 - 2.1. СН с низкой ФВ (менее 40 %) (СНнФВ).
 - 2.2. СН с промежуточной ФВ (от 40 до 49 %) (СНпФВ).
 - 2.3. СН с сохраненной ФВ (50 % и более) (СНсФВ).
3. По стадиям заболевания (Стражеско-Василенко):
 - 3.1. I стадия. Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ.

- 3.2. ПА стадия. Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
- 3.3. ПБ стадия. Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
- 3.4. ПЗ стадия. Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.
4. Классификация по выраженности симптомов Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA)
 - 4.1. I ФК. Имеется заболевание сердца, но оно не ограничивает физическую активность. Обычная физическая нагрузка не вызывает сильную усталость, сердцебиение и одышку.
 - 4.2. II ФК. Заболевание сердца приводит к легкому ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку.
 - 4.3. III ФК. Заболевание сердца приводит к значительному ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Активность менее обычной вызывает усталость, сердцебиение или одышку.
 - 4.4. IV ФК. Заболевание сердца приводит к тяжелому ограничению любой физической активности. Симптомы сердечной недостаточности и стенокардия появляются в покое. При любой активности симптомы усиливаются.

Примеры формулировки диагноза

Хроническая СН с низкой ФВ (ФВ=36 %), ПБ стадия, ФК III.

Хроническая СН с сохраненной ФВ (ФВ=56 %), I стадия, ФК I.

Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь сердца)

Рекомендации.

- 1) Меморандум экспертов РКО по рекомендациям ЕОК/ЕОАГ по лечению артериальной гипертензии 2018 года.
- 2) Клинические рекомендации МЗ РФ «Артериальная гипертензия у взрослых» 2019 года.

Кодирование по МКБ.

I 10 – Эссенциальная [первичная] гипертензия.

I 11 – Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца].

I 11.0 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью:

Гипертензивная [гипертоническая] сердечная недостаточность.

I 11.9 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности:

Гипертензивная болезнь сердца без дополнительных уточнений (БДУ).

I 12 – Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек.

I 12.0 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью:

Гипертоническая почечная недостаточность.

I 12.9 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек без почечной недостаточности:

Почечная форма гипертонической болезни БДУ.

I 13 – Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек.

I 13.0 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью.

I 13.1 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью.

I 13.2 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью.

I 13.9 - Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная.

I 15 – Вторичная гипертензия.

I 15.0 - Реноваскулярная гипертензия.

I 15.1 - Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек.

I 15.2 - Гипертензия вторичная по отношению к эндокринным нарушениям.

I 15.8 - Другая вторичная гипертензия.

I 15.9 - Вторичная гипертензия неуточненная.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПО СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Стадия 1 (неосложненная): могут быть другие ФР, но поражение органов-мишеней отсутствует.

Стадия 2 (бессимптомная): наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, обусловленного гипертензией; хроническая болезнь почек (ХБП) 1-3 стадий, СД 2 без поражения органов-мишеней; отсутствие симптомов ССЗ.

Стадия 3 (осложненная): симптомное ССЗ; ХБП 4 стадии и выше; СД 2 с поражением органов-мишеней.

КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Категория	САД (мм рт.ст)		ДАД (мм рт.ст)
Оптимальное	<120	и	<90
Нормальное	120-129	и/или	80-84
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89
АГ 1-й степени	140-159	и/или	90-99
АГ 2-й степени	160-179	и/или	100-109
АГ 3-й степени	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолированная систолическая гипертензия	≥ 140	и	<90

Классификация гипертонической болезни по степени риска ССО

Степень риска ССО	Критерии
Очень высокий риск (IV)	<p>Наличие хотя бы одного из следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Установленный диагноз ССЗ (по клиническим данным или бесспорно по данным визуализации). ➤ Клинические признаки ССЗ: инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, коронарная реваскуляризация или артериальная реваскуляризация любой другой локализации, инсульт, ТИА, аневризма аорты, заболевания периферических артерий. ➤ Бесспорно документированное ССЗ по результатам визуализации: значимая бляшка (стеноз ≥50%) по данным ангиографии или ультразвукового исследования; не включает увеличение толщины комплекса интима-медиа. ➤ Сахарный диабет с поражением органов-мишеней: например, протеинурия или сочетание с основными факторами риска, такими как АГ 3-й степени или гиперхолестеринемия. ➤ Тяжелая ХБП (СКФ <30 мл/мин/1,73 м²). ➤ 10-летний риск по шкале SCORE ≥10%.
Высокий риск (III)	<p>Наличие хотя бы одного из следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Существенно выраженный один фактор риска, особенно повышение уровня холестерина >8 ммоль/л, например, при семейной гиперхолестеринемии, или АГ 3-й степени (АД ≥180/110 мм рт.ст.). ➤ Большинство пациентов с сахарным диабетом, не относящихся к категории очень высокого риска (за исключением некоторых молодых больных СД 1 типа при отсутствии основных факторов риска, которые могут быть отнесены к категории умеренного риска). ➤ ГЛЖ, обусловленная артериальной гипертензией. ➤ Умеренная ХБП со СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м². ➤ 10-летний риск по шкале SCORE 5-10%.
Умеренный риск (II)	<p>Наличие следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 10-летний риск по шкале SCORE ≥1%, но <5%. ➤ АГ 2-й степени. ➤ Большинство пациентов среднего возраста относятся к этой категории.
Низкий риск (I)	<p>Наличие следующих критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 10-летний риск по шкале SCORE <1%.

ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ АГ

Демографические характеристики и лабораторные параметры

- Пол а (мужчины > женщины)
- Возраст а ≥ 55 лет у мужчин, ≥ 65 лет у женщин
- Курение (в настоящем или прошлом) а
- Дислипидемия а (принимается во внимание каждый из представленных показателей липидного обмена)
 - ОХС $> 4,9$ ммоль/л и/или
 - ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л и/или
 - ХС ЛПВП у мужчин - $< 1,0$ ммоль/л (40 мг/дл), у женщин - $< 1,2$ ммоль/л (46 мг/дл)
 - Триглицериды $> 1,7$ ммоль/л
- Мочевая кислота (≥ 360 мкмоль/л у женщин, ≥ 420 мкмоль/л у мужчин)
- Сахарный диабет
 - Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л при двух измерениях подряд
 - и/или
 - HbA1c $\geq 6,5\%$ и/или
 - Глюкоза плазмы после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л и/или
 - Глюкоза плазмы при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л
- Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)
- Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (< 55 лет для мужчин и < 65 лет для женщин)
- Развитие АГ в молодом возрасте у родителей или в семье
- Ранняя менопауза
- Малоактивный образ жизни
- Психологические и социально-экономические факторы
- Частота сердечных сокращений (значение в покое > 80 ударов в минуту)

Бессимптомное поражение органов, опосредованное гипертензией

- Артериальная жесткость:
 - Пульсовое давление (у пожилых пациентов) ≥ 60 мм рт. ст.
 - Каротидно-фemorальная СПВ > 10 м/с
- ЭКГ признаки ГЛЖ на (индекс Соколова–Лайона > 35 мм, или амплитуда зубца R в отведении aVL ≥ 11 мм, корнельское произведение > 2440 мм г мс или корнельский вольтажный индекс > 28 мм для мужчин и > 20 мм для женщин).
- Эхокардиографические признаки ГЛЖ (индекс массы ЛЖ: для мужчин > 50 г/м, для женщин > 47 г/м (рост в метрах); индексация на площадь поверхности тела может быть использована у пациентов с нормальной массой тела: масса ЛЖ/ППТ г/м² > 115 (мужчины) и > 95 (женщины)).
- Микроальбуминурия (30–300 мг/24 ч) или повышение отношения альбумин-креатинин (30–300 мг/г; 3,4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи)
- Умеренная ХБП с СКФ > 30 –59 мл/мин/1,73 м² (ППТ) или тяжелая ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73 м².
- Лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$.
- Выраженная ретинопатия: геморрагическая или экссудативная, отек зрительного нерва

Диагностированные СС или почечные заболевания

- Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, ТИА.
- ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация миокарда (методом чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования)
- Наличие атероматозных бляшек при визуализации.
- Сердечная недостаточность, в том числе СН с сохраненной ФВ.

- Заболевание периферических артерий.
- Фибрилляция предсердий.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗОВ

1. Гипертоническая болезнь I стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Дислипидемия. Риск ССО 2 (умеренный).
2. Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Дислипидемия. ГЛЖ. Риск ССО 4 (очень высокий).
3. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск ССО 4 (очень высокий).
4. Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск ССО 3 (высокий).
5. Гипертоническая болезнь III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. перемежающаяся хромота. Риск ССО 4 (очень высокий).
6. Гипертоническая болезнь I стадии. Артериальная гипертензия 1 степени. СД 2 типа. Риск ССО 4 (очень высокий).
7. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).
8. Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Дислипидемия. ГЛЖ. Ожирение II ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск ССО 4 (очень высокий).
9. Феохромоцитома правого надпочечника. Артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск ССО 4 (очень высокий).

ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ

Клинические рекомендации: ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с EACTS.

Кодирование по МКБ: I 48.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Типы ФП

Тип ФП	Определение
Впервые диагностированная ФП	ФП, которая не была диагностирована ранее, независимо от продолжительности аритмии или тяжести связанных с ней симптомов.
Пароксизмальная ФП	Самостоятельно купирующаяся, в большинстве случаев в течение 48 часов. Некоторые пароксизмы ФП могут продолжаться до 7 сут. Эпизоды ФП, купированные кардиоверсией в течение 7 дней, следует относить к пароксизмальной форме ФП (А).
Персистирующая ФП	ФП, которая длится более 7 дней, включая эпизоды, купированные кардиоверсией или медикаментозно спустя 7 сут. и более.
Длительно персистирующая ФП	Длительный эпизод ФП более 1 года, при условии выбора стратегии контроля ритма.
Постоянная ФП	Форма ФП, когда совместно пациентом и врачом принято согласованное решение не осуществлять попытки восстановления СР. Соответственно, проведение интервенционных вмешательств, направленных на контроль ритма, по определению, не требуется. Однако, если решение пересматривается в пользу стратегии контроля ритма, то аритмию следует классифицировать как длительно персистирующую ФП.

Клиническая классификация ФП

Тип ФП	Клиническое описание	Патофизиологический механизм
Вторичная ФП на фоне структурной патологии сердца	ФП у пациентов с систолической или диастолической дисфункцией ЛЖ, длительной АГ с явлениями ГЛЖ и/или другими структурными изменениями сердца. В подобных случаях присоединение ФП является предиктором неблагоприятного прогноза и способствует увеличению частоты госпитализаций.	Повышение давление в ЛП и его структурное ремоделирование в сочетании с активацией симпатической нервной системы и ренин-ангиотензиновой системы.
Очаговая ФП	Пациенты с рецидивирующими пробежками предсердной тахикардии и частыми, короткими эпизодами пароксизмальной ФП. Часто сопровождается выраженными клиническими симптомами, свойственна молодым пациентам с предсердной эктопией и/или предсердной тахикардией, трансформирующейся в ФП.	Локальные триггеры, которые в большинстве случаев находятся в легочных венах. Также к данному виду аритмии относится ФП вследствие одиночных или множественных зон re-entry.
Полигенная ФП	ФП у носителей распространенных генетических полиморфизмов, потенциально ответственных за развитие ФП. Характерно возникновение аритмии в раннем возрасте.	В настоящее время изучено недостаточно. Наличие определенных вариантов генетических мутаций может влиять на исход лечения.
Постоперационная ФП	Впервые возникшая ФП (обычно купируется самостоятельно) после	В остром периоде после оперативного

	открытых хирургических (как правило, кардиохирургических) операций у пациентов, изначально находившихся на СР без анамнеза ФП.	вмешательства играют роль следующие факторы— воспаление, окислительный стресс, повышенная симпатическая активность, электролитные нарушения и перегрузка объемом, действие которых реализуется в условиях существующего субстрата.
ФП у пациентов с митральным стенозом или протезами клапанов	ФП у пациентов с митральным стенозом, после хирургической коррекции пороков митрального клапана и в некоторых случаях— при патологии других клапанов сердца.	Перегрузка давлением (вследствие стеноза) и объемом (вследствие регургитации)— главные причины увеличения ЛП и его структурного ремоделирования.
ФП у спортсменов	Как правило, пароксизмальная форма. Имеется связь с длительностью и интенсивностью тренировок.	Повышение вагусного влияния и увеличение объема ЛП
Моногенная ФП	ФП у пациентов с генетически обусловленными кардиомиопатиями, включая каналопатии.	Аритмогенные механизмы, ответственные за развитие внезапной смерти, наиболее вероятно вносят вклад в развитие ФП.

Классификация ФП в зависимости от выраженности симптомов по ЕАРС (Wynn, et al.)

Модифицированная шкала ЕАРС	Симптомы	Описание
1	Отсутствуют	ФП не сопровождается симптомами.
2а	Слабые	Нормальная повседневная активность не нарушена на фоне симптомов, связанных с ФП.
2в	Умеренные	Нормальная повседневная активность не нарушена на фоне симптомов, связанных с ФП, но пациент ощущает проявления аритмии.
3	Тяжелые	Нормальная повседневная активность нарушена на фоне симптомов, связанных с ФП.
4	Инвалидизирующие	Нормальная повседневная активность невозможна.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗОВ

1. Впервые выявленная фибрилляция предсердий, ЕАРС 2а.
2. Пароксизмальная фибрилляция предсердий, ЕАРС 3.
3. Персистирующая фибрилляция предсердий, ЕАРС 2в.
4. Длительно персистирующая фибрилляция предсердий, ЕАРС 2а.
5. Постоянная фибрилляция предсердий, ЕАРС 1.
6. Постоперационная пароксизмальная фибрилляция предсердий, ЕАРС 1.
7. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз 2 степени. Постоянная фибрилляция предсердий, ЕАРС 2а.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИКАРДИТОВ

I. I ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ

A. ИНФЕКЦИОННЫЕ перикардиты (I 30.1) :

1. Неспецифические бактериальные.
2. Туберкулезный (A 18.8)
3. Ревматический (I 01.0)
4. Специфические бактериальные при общих инфекционных заболеваниях.
5. Перикардиты, вызванные иными возбудителями (вирусные и риккетсиозные, грибковые, при протозойной инвазии).

B. АСЕПТИЧЕСКИЕ перикардиты:

1. Аллергические.
2. При системных заболеваниях соединительной ткани.
3. Аутоиммунные.
4. При заболеваниях крови, геморрагических диатезах, лучевой болезни,
5. При злокачественных опухолях.
6. Вызываемые непосредственным повреждением.
7. При болезнях с глубокими обменными нарушениями.

B. ИДИОПАТИЧЕСКИЕ перикардиты.

II. II КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ

A. ОСТРЫЕ ФОРМЫ:

1. Сухой.
2. Выпотной (серозно-фибринозный и геморрагический):
 - а) с тампонадой сердца,
 - б) без тампонады сердца.
3. Гнойный и гнилостный.

B. ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

1. Выпотной.
2. Экссудативно-адгезивный.
3. Адгезивный:
 - а) "бессимптомный";
 - б) с функциональными нарушениями сердечной деятельности;
 - в) с отложением извести, "панцирное" сердце;
 - г) с экстраперикардальными сращениями;
 - д) констриктивный перикардит: начальная, выраженная, дистрофическая стадии.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Острый фибринозный стрептококковый перикардит. Миокардит. ХСН 2А.ФК 4.

КЛАССИФИКАЦИЯ КАРДИОМИОПАТИЙ (I 42)

I. Дилатационная кардиомиопатия (I 42.0)

II. Гипертрофическая кардиомиопатия

1. с обструкцией выносящего тракта (I 42.1)
- 2- без обструкции выносящего тракта (I 42.2)

III. Рестриктивная кардиомиопатия

1. Эндомиокардиальная (эозинофильная) болезнь (I 42.3)
2. Эндокардиальный фиброэластоз Лефлера (I 42,4)
3. Африканская облитерирующая кардиопатия Беккера (I 42.5)

КЛАССИФИКАЦИЯ МИОКАРДИТОВ

III. I. ПО ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ:

1. Инфекционный (I 40.0)

- а) бактериальные: (I 41.0) при ангинах, ОРЗ, брюшном тифе, дифтерии, холере и т.д.;
- б) риккетсиозные;
- в) вирусные, (I 41.1) вызванные энтеровирусом, вирусом Коксаки и др.;
- г) спирохетозные. (I 41.2)

2. Аллергические и аутоиммунно-аллергические: (I 40. 8)

- а) лекарственные;
- б) сывороточные;
- в) при аллергиях;
- г) при системных заболеваниях соединительной ткани;
- д) ожоговые;
- е) трансплантационные.

3. Особая форма

- идиопатический миокардит типа Фидлера.

IV. II. ПО ТЕЧЕНИЮ:

- 1) острые,
- 2) подострые,
- 3) рецидивирующие,
- 4) латентные.

V. III. ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ:

- 1) очаговые, (I 40.1),
- 2) диффузные.

VI. IV. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ:

- 1) болевой,
- 2) аритмический,
- 3) астматический,
- 4) тромбэмболический,
- 5) декомпенсированный,
- 6) смешанный,
- 7) малосимптомный.

VII. V. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:

- 1) легкая, 2) средняя, 3) тяжелая.

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

Подострый диффузный инфекционный (стрептококковый) миокардит средней степени тяжести. ХСН2А.ФК 4.