

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к шестому изданию	5
Предисловие к пятому изданию	6
Предисловие к четвертому изданию	7
Предисловие к предыдущим изданиям	8
Список сокращений и условных обозначений	9
I. Общие положения формулировки диагноза	11
Требования к клиническому диагнозу	11
Диагноз при профессиональных заболеваниях	15
Основные принципы построения диагноза	21
II. Формулировка диагнозов при отдельных заболеваниях	
сердечно-сосудистой системы	24
Острая ревматическая лихорадка	24
Хронические ревматические болезни сердца	30
Неревматические пороки сердца	47
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным	
давлением	67
Ишемические болезни сердца	108
Острый инфаркт миокарда	132
Внезапная сердечная смерть	176
Легочная гипертензия и нарушения легочного	
кровообращения	181
Перикардит	202
Острый и подострый эндокардит	213
Миокардиты	224
Кардиомиопатии	234
Другие заболевания миокарда	254
Новообразования сердца	263
Болезни аорты и сосудов конечностей	265
Заболевания артерий нижних конечностей	283
Заболевания вен нижних конечностей	288
Сердечная недостаточность	300
Дислипидемии	315
Ожирение	322

Нарушения ритма и проводимости сердца	330
Гипотензия и синкопальные состояния	368
Травмы сердца	381
Приложение	385
Список литературы.	389
Предметный указатель	398

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

ТРЕБОВАНИЯ К КЛИНИЧЕСКОМУ ДИАГНОЗУ

Согласно принятым правилам *клинический* диагноз, то есть диагноз, устанавливаемый прижизненно на основании клинического обследования и наблюдения, должен быть максимально информативным с точки зрения отражения основных характеристик выявляемых у пациента патологических процессов и его состояния. Он может быть нозологическим, что оптимально, или синдромным (синдромальным), или симптоматическим.

В настоящее время сформулированы следующие требования к диагнозу:

- правильность;
- своевременность;
- обоснованность;
- полнота;
- логичность;
- соответствие принятым классификационным подходам.

При этом подразумевается, что правильно сформулированный диагноз является этиологическим, патогенетическим, функциональным и структурно оформленным (рубрифицированным), о чем будет сказано ниже.

Правильность диагноза определяется прежде всего точностью отражения *сути заболевания*. Так, если у больного причиной артериальной гипертензии (АГ) является гиперальдостеронизм вследствие аденомы надпочечников, то диагноз «гипертоническая болезнь» будет неверным. Следует сформулировать диагноз так: «аденома коры надпочечников; первичный гиперальдостеронизм; вторичная артериальная гипертензия». В противном случае при использовании термина «гипертоническая болезнь» из диагноза ускользает симптоматический характер гипертензии и подчеркивается эссенциальный, то есть неопределенность генеза. *Своевременным* считают диагноз, который установлен в срок, необходимый для определения правильного выбора эффективного лечения.

Диагноз, поставленный сразу же после осмотра пациента, может быть предварительным.

Предварительный диагноз бывает выставлен на этапе первого контакта врача с больным, обратившимся за медицинской помощью.

При этом врач исходит из имеющихся на этот момент данных. По сути, предварительный диагноз — это рабочая гипотеза. Она должна быть обязательно проверена и подтверждена результатами обследования (так называемый эвристический подход). При положительных диагностических тестах диагноз принимают, при их отсутствии — проводят скрупулезный анализ всех данных, обсуждение альтернативных версий, в ходе чего возможно формирование новой диагностической гипотезы. Таким образом, на основании предварительного диагноза формируют план целенаправленного систематического обследования и первоначального лечения. Далее предварительный диагноз уточняют и меняют его на клинический.

Обратим внимание, что предварительный диагноз не является синонимом раннего диагноза. *Ранний диагноз* характеризует срок распознавания болезни по отношению к стадии ее развития, то есть верный диагноз, устанавливаемый в начале болезни, на ее ранних стадиях, будет ранним. И противоположно: *поздним диагнозом* считают диагноз, устанавливаемый на поздних стадиях развития болезни.

Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» определено оформление диагноза на страницах амбулаторной медицинской карты, справок и других форм, в том числе с указанием впервые и повторно поставленных, заключительных (уточненных) диагнозов. Правильное оформление диагноза является критерием качества медицинской помощи.

Диагноз должен быть поставлен в соответствии с действующей на момент его установки версией Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (в настоящее время — МКБ-10).

Сроки установки лечащим врачом предварительного и клинического диагноза в амбулаторных и стационарных условиях регулируются нормативно приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203Н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». В амбулаторно-поликлинических учреждениях выставляет предварительный диагноз при первичном приеме пациента не позднее 2 ч с момента обращения за медицинской помощью, клинический диагноз — в течение 10 сут с момента обращения.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара на постановку предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения также отведено не более 2 ч

с момента поступления пациента в больницу. Согласно принятым правилам клинический диагноз должен быть выставлен не позднее чем через трое суток (72 ч) от момента поступления больного в профильное отделение, при поступлении пациента по экстренным показаниям — не позднее 24 ч. В ряде случаев, при диагностически сложной ситуации, допустимо, что в течение какого-то времени он является «рабочим».

Сложность постановки диагноза в указанные периоды времени является основанием для проведения консилиума врачей, запись о котором вносят в соответствующую медицинскую документацию.

При невозможности постановки нозологического диагноза пользуются симптоматическим или синдромологическим. Однако симптоматический диагноз ставят в исключительных ситуациях, так как он является неполным, констатирующим лишь отдельные проявления болезни (например, кардиалгия).

Отсутствие технических и иных возможностей выполнения тестов, необходимых для уточненного диагноза, делает допустимым постановку на этом этапе диагноза *методом исключения (per exclusionem)*, когда, выделяя ведущие признаки, последовательно отстраняют их маловероятные причины.

Заключительный (уточненный) диагноз формулируют при получении всех необходимых и достаточных верифицирующих тестов об одном или нескольких заболеваниях, по поводу чего была оказана медицинская помощь в конце этого эпизода (случая). В нем должны быть четко сформулированы все выявленные заболевания (нозологии). Каждое из заболеваний описывают, указывая на его характер и тяжесть течения, стадию, ведущий синдром, степень выраженности нарушения функции пораженного органа (или органов), а также осложнений. Это требование относится как к основному заболеванию, так и к осложнениям, конкурирующим, сопутствующим заболеваниям. Все заболевания характеризуют в соответствии с принятыми классификационными подходами, федеральными клиническими рекомендациями, что важно для достижения унифицированности, необходимой для правильного статистического учета. Логическая формулировка диагноза подразумевает изложение этих составляющих диагноза в последовательности, рассматриваемой ниже.

Полный заключительный нозологический диагноз включает максимальную и достаточную информацию, характеризующую заболевание пациента. По возможности в диагнозе отражается информация об этиологии, патогенезе, а также морфологической сущности заболевания и его прогнозе. Его приводят в медицинских картах пациента

(амбулаторной карте, истории болезни) и выписках из них. Вместе с этим заключительный диагноз является основой для информации, которую выносят в такие медицинские документы, как талон амбулаторного пациента, статистическая карта выбывшего из стационара, карта диспансерного наблюдения, санаторно-курортная карта, медицинские справки и др.

В случае летального исхода болезни прижизненный клинический диагноз сравнивают с патологоанатомическим (посмертным). При правильной диагностике эти диагнозы совпадают по всем рубрикам (основной, осложнения и т.д.).

При направлении пациента на медико-социальную экспертизу обращают особое внимание на четкое определение функциональной недостаточности. Это обусловлено тем, что решение о стойкой утрате трудоспособности принимают не по факту заболевания, а по актуальной работоспособности, прогнозу в отношении трудовой деятельности, наличию осложнений, приведших к снижению или утрате функции органа (с учетом специфики труда пациента). Из диагноза должен быть ясен трудовой прогноз. Также учитывают, что острое заболевание не является предметом рассмотрения при медико-социальной экспертизе.

Заметим, что диагноз, сформулированный в соответствии с вышеизложенными требованиями, отражает квалификацию врача. С.П. Боткин писал в своих клинических лекциях, что диагноз — это отношение врача к причинам заболевания, проявлениям болезни и дальнейшему ее течению. После прочтения диагноза должна быть четко ясна суть болезненного состояния.

Не будет лишним напомнить, что оформление диагноза подразумевает соблюдение правил орфографии и аккуратности написания без опечаток.

Аббревиатуры и сокращения

Не рекомендуется использовать в диагнозе аббревиатуры. Например, в диагнозе недопустимы следующие аббревиатуры: АГ (артериальная гипертензия), ПИКС (постинфарктный кардиосклероз), ВПС (врожденный порок сердца), БЛПГ (блокада левой ножки пучка Гиса), ПМК (пролапс митрального клапана) и т.п.

Исключение составляют лишь общепринятые аббревиатуры, такие как ИБС (ишемическая болезнь сердца), ХСН (хроническая сердечная недостаточность), ФК (функциональный класс), ЭКС (электрокардиостимулятор) и некоторые другие.

То же требование распространяется и на сокращения. Причем следует обратить внимание, что иногда при сокращении разных слов получаются одинаковые буквенные сочетания, например «ст.» — от слов «стадия» и «степень». В связи с этим порой становится неясно, о чем идет речь. Так, при прочтении диагноза «гипертоническая болезнь, III ст.» невозможно разобрать, что указано: степень повышения артериального давления (АД) или стадия заболевания, а это имеет принципиальное значение. Рекомендуется при написании диагноза использовать арабские цифры для обозначения степени патологического процесса, а римские — для обозначения стадий заболевания. Однако какой-либо строгой регламентации в этом отношении нет.

ДИАГНОЗ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

С точки зрения связи нарушений здоровья работающего человека с работой по профессии в настоящее время выделяют три категории болезней: общие (непрофессиональные), профессиональные, производственно обусловленные (син.: болезни, связанные с работой; профессионально обусловленные болезни).

Поражение сердца при профессиональных заболеваниях обычно является одним из компонентов общей клинической картины конкретной нозологии (например, острой или хронической интоксикации, заболеваний, вызванных промышленными аэрозолями, профессиональных инфекционных заболеваний). При этом сердечно-сосудистые симптомы могут возникать в дебюте болезни, выходить на первый план по отношению к другим симптомам и быть преимущественными, определяя исход.

Обратим внимание: в действующем Перечне профессиональных заболеваний, утвержденном приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.04.2012 № 417н, сердечно-сосудистая патология не представлена самостоятельными нозологиями. В связи с этим в случаях, когда предполагается или установлена связь с профессиональными факторами, есть особенности представления ее в клиническом диагнозе и кодификации по МКБ, указанные ниже.

Основные варианты патологических изменений сердечно-сосудистой системы при воздействии вредных профессиональных факторов следующие.

1. Первичное повреждение структур сердца, сосудов действующими агентами.
2. Вторичное вовлечение сердца и сосудов при поражении других органов и систем.

Синдромы, возникающие при воздействии вредных производственных факторов и условий труда:

- острая сосудистая недостаточность;
- синдром вегетативной дисфункции;
- аритмический;
- гипоксический;
- гипертонический (повышение АД);
- гипотонический (снижение АД);
- легочная гипертензия;
- ХСН;
- локальные сосудистые реакции.

Учитывают характер воздействия производственного фактора: острое или хроническое, временные интервалы от воздействия фактора до появления симптомов болезни.

Острое профессиональное заболевание (отравление) — заболевание, которое возникает у работника в результате однократного (в течение не более одного рабочего дня, одной рабочей смены) воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), повлекшего временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности и/или его смерть.

Хроническое профессиональное заболевание (отравление) возникает в результате длительного (месяцы, годы) воздействия на работника вредного производственного фактора (факторов), в том числе спустя длительный срок после прекращения работы в контакте с ними, повлекшего временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности и/или его смерть.

Воздействие промышленных факторов на сердечно-сосудистую систему (примеры)

Действующий агент	Воздействие на сердечно-сосудистую систему	Клинические проявления
<i>Первичное повреждение</i>		
Пестициды	<ul style="list-style-type: none"> • ФОС: ингибиторы ацетилхолинэстеразы. • ХОС: блокада дыхательных ферментов. • Ртутьорганические: тиоловые яды, взаимодействующие с SH-группами клеточных белков 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения регуляции АД: гипертония, гипотония. • Фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия (ЖТ), экстрасистолия и другие нарушения ритма, проводимости. • Миокардиальная ишемия, в том числе с элевацией сегмента ST–T на электрокардиограмме (ЭКГ)