

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з вродженими вадами серця**

Код МКХ 10: Q20-Q28

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ та доплер-дослідження
7. Рентгенографія ОГК

**Додаткові дослідження**

1. Катетеризація серця
2. Магнітно-резонансна томографія серця
3. Добовий моніторинг ЕКГ

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

1. Оперативне лікування вади серця.
2. Лікування СН та її ускладнень

## **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Одужання хворих та поліпшення клінічного стану після хірургічного лікування. Відсутності прогресуванні СН при консервативній терапії, підвищення толерантності до фізичного навантаження. Зменшення кількості госпіталізацій.

### **Тривалість лікування**

Термін стаціонарного лікування при проведенні хірургічного втручання визначається індивідуально. При проведенні консервативної терапії в кардіологічному стаціонарі терміни лікування визначаються індивідуально залежно від стадій СН, ефективності лікування.

### **Критерії якості лікування**

Одужання або покращання стану після хірургічного лікування. Зникнення або зменшення вираженості симптомів і прогресування СН.

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

При наявності декомпенсації СН хворі направляються на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання. Рекомендується відмова від роботи вночі.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою  
(есенціальною артеріальною гіпертензією) I-II стадії**

Код МКХ 10: I10-I15

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це стійке підвищення систолічного до 140 та/або діастолічного артеріального тиску (АТ) до 90 мм рт. ст. та вище.

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

Діагноз ГХ встановлюють виключення симптоматичних (вторинних) АГ. При I стадії гіпертонічної хвороби (ГХ) відсутні ознаки органічних уражень органів-мішеней (серця, мозку, нирок). При II стадії є, як найменш, одна з об'єктивних ознак ушкодження органів мішеней: гіпертрофія лівого шлуночка за даними ЕКГ або ЕхоКГ, генералізоване звуження артерій сітківки, протеїнурія або мікроальбумінурія.

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

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі з ГХ I та II стадій підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання в районних поліклініках дільничними терапевтами або сімейними лікарями. В складних випадках для виключення симптоматичних (вторинних) АГ додаткове обстеження та уточнення діагнозу проводиться в міських кардіологічних, нефрологічних, ендокринологічних відділеннях, диспансерах або стаціонарах та діагностичних центрах з залученням відповідних спеціалістів.

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ на обох руках

4. вимірювання АТ на нижніх кінцівках аускультативним методом (при вперше виявленому підвищенні АТ в осіб молодших за 45 років)
5. вимірювання маси тіла та окружності талії
6. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, креатинін, холестерин, тригліцериди, глюкоза, калій, натрій крові)
7. ЕКГ у 12 стандартних відведеннях
8. ЕхоКГ
9. огляд очного дна

#### **Додаткові дослідження**

1. визначення мікроальбумінурії
2. добовий моніторинг АТ
3. УЗД нирок
4. РРГ
5. добова протеїнурія
6. при зниженні відносної щільності сечі – аналіз сечі за Зімницьким

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Застосування антигіпертензивних препаратів I ряду ( $\beta$ -адреноблокатори, тiazидні або тiazидоподібні діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію<sup>1</sup>, антагоністи рецепторів до ангіотензину II).

Низкодозова комбінована терапія як альтернатива монотерапії.

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

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Аспірин
2. При недостатній ефективності, або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують антигіпертензивні препарати II ряду ( $\alpha_1$ -адреноблокатори, поперед усе при супутній аденомі передміхурової залози, моксонидін,  $\alpha$ -метілдопа, резерпін).
3. При гіпер- і дісліпідемії – терапія статинами

##### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

##### **Тривалість лікування**

Стаціонарного лікування не потребує. Амбулаторне лікування проводиться безперервно протягом життя.

##### **Критерії якості лікування**

Стабілізація АТ в межах цільового. Відсутність ускладнень гіпертонічної хвороби.

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії антигіпертензивних препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

---

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою  
(есенціальною артеріальною гіпертензією) III стадії**

Код МКХ 10: I10-I13

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це стійке підвищення систолічного та/або діастолічного артеріального тиску (АТ) до 140/90 та вище. При III стадії гіпертонічної хвороби (ГХ) є об'єктивні ознаки ураження органів мішеней з порушенням їх функції: стенокардія, перенесені інфаркт міокарду та інсульт, хронічна серцева недостатність IIА-III ст., хронічна ниркова недостатність, хронічна гіпертонічна енцефалопатія III ст. Для гіпертонічної хвороби III стадії характерні ускладнені гіпертонічні кризи в анамнезі: розвиток на фоні підвищеного АТ гострих коронарних синдромів, гострого порушення мозкового кровообігу, крововиливи (в мозок, сітківку), розшарування аорти.

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі з ГХ III стадії підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання в районних поліклініках чи сімейними лікарями з обов'язковим залученням кардіолога (обстеження не рідше 1 раз на рік). За недостатньої ефективності амбулаторного лікування хворі підлягають стаціонарному лікуванню в терапевтичному або кардіологічному відділеннях за місцем проживання. В складних випадках для виключення симптоматичних (вторинних) АГ додаткове обстеження та уточнення діагнозу проводиться в міських кардіологічних, ендокринологічних, нефрологічних диспансерах або стаціонарах та діагностичних центрах. При розвитку ускладненого гіпертонічного кризу необхідна обов'язкова термінова госпіталізація в палату інтенсивної терапії відповідного профілю.

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ на обох руках
4. вимірювання АТ на нижніх кінцівках (при вперше виявленому підвищенні АТ в осіб молодших за 40 років)
5. вимірювання маси тіла та окружності талії

6. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, креатинін, холестерин, тригліцериди, глюкоза, калій, натрій крові)
7. ЕКГ у 12 стандартних відведеннях
8. ЕхоКГ
9. огляд очного дна
10. Rö ОГК
11. УЗД нирок

#### **Додаткові дослідження**

1. добовий моніторинг АТ при енцефалопатії і перенесеному ТІА/інсульті.
2. доплерівське дослідження екстракраніальних судин
3. КТ та МРТ голови
4. при супутній ІХС та наявності відповідних показань коронарорентрикулографія.

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Комбінована терапія 2-4 антигіпертензивними препаратами I ряду ( $\beta$ -адреноблокатори, тiazидні або тiazідоподібні діуретики, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію<sup>1</sup>, антагоністи рецепторів до ангіотензину II).

При ускладненому гіпертонічному кризі артеріальний тиск повинен бути знижений протягом 1 години з використанням внутрішньовенної терапії згідно показань і особливостей кризу. Застосовуються нітрогліцерин, натрій нітропрусід,  $\beta$ -адреноблокатори, фуросемід та ін.

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Аспірин
2. При недостатній ефективності, або неможливості застосування препаратів I ряду в складі комбінованої терапії використовують антигіпертензивні препарати II ряду ( $\alpha_1$ -адреноблокатори, поперед усе при супутній аденомі передміхурової залози, моксонидін,  $\alpha$ -метілдопа, резерпін).
3. При гіпер- і дісліпідемії – терапія статинами

##### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація АТ. Зменшення кількості та вираженості скарг хворого з боку серцево-судинної системи. Зменшення факторів ризику.

##### **Тривалість лікування**

Амбулаторне лікування проводиться безперервно протягом життя.

При ускладненому гіпертонічному кризі обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю згідно профілю та виду ускладнення. Стаціонарне лікування потрібне при недостатній ефективності амбулаторного лікування, наявності ускладнень (енцефалопатія, серцева недостатність, хронічна ниркова недостатність). Тривалість стаціонарного лікування – 10-12 діб.

### **Критерії якості лікування**

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

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії антигіпертензивних препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**



ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим на гіпертрофічну кардіоміопатію**

Код МКХ 10: I42.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

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

**Додаткові дослідження**

1. Катетеризація серця та/або коронаровентрикулографія

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

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

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Інгібітори АПФ (особливо при наявності супутньої артеріальної гіпертензії)
2. Оперативне лікування мієктомія за наявності показань
3. Імплантація кардіостимулятора, а при наявності показань кардіовертера-дефібрилятора

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Поліпшення клінічного стану, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

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

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

При наявності декомпенсації СН хворі направляються на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

При наявності декомпенсації СН хворі направляються на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності. Забороняється робота на транспорті, на висоті, обмеження по фізичних навантаженнях.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

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

Код МКХ 10: I20 – I22

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

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

ГІМ – це некроз будь-якої маси міокарду внаслідок гострої тривалої ішемії. НС – гостра ішемія міокарду, важкість і тривалість якої недостатня для розвитку некрозу міокарду. ГІМ без підйому ST/без Q відрізняється від НС збільшенням рівня біохімічних маркерів некрозу міокарду в крові, які в НС відсутні.

В якості клінічних діагностичних критеріїв ГКС слід вважати:

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

ЕКГ критерії ГКС: горизонтальна депресія сегменту ST та/або “коронарний” негативний зубець T. Можлива також відсутність цих ЕКГ-змін.

Біохімічні критерії ГКС: підвищення в сироватці крові змісту КФК, бажано МВ КФК, з наступним зниженням у динаміці та/або серцевих тропонинів T чи I. В суперечливих випадках ці критерії є визначальними.

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов’язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу

2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. ЕКГ у 12 відведеннях в динаміці
5. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, КФК в динаміці 3 рази, бажано МВ-КФК чи тропонін Т або І при необхідності в динаміці 2 рази, АЛТ, АСТ, калій, натрій, білірубін, креатинін, холестерин загальний, тригліцериди, глюкоза крові)
6. ЕхоКГ
7. навантажувальний тест (ВЕМ або тредміл) при стабілізації стану та відсутності протипоказань
8. КВГ: відсутність стабілізації стану хворого при проведенні адекватної медикаментозної терапії протягом 48 годин або наявність протипоказів до проведення навантажувальних тестів

#### **Додаткові дослідження**

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

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

1. Аспірин.
2. Тієнопіридинови похідні.
3. Нефракціонований гепарин (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням) і низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні ознак ішемії і більше.
4.  $\beta$ -адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності.
5. Нітрати при наявності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда. Як альтернативу можна використовувати сідноніміни.
6. Блокатори кальцієвих каналів. Ділтіазем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають проти покази до  $\beta$ -адреноблокаторів і у хворих з варіантною стенокардією при відсутності систолічної СН. Дігідропіридіни ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з  $\beta$ -блокаторами<sup>1</sup>.

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Для знеболення, при недостатньому ефекті нітратів і  $\beta$ -адреноблокаторів – ненаркотичні і наркотичні аналгетики.
2. Статини при загальному холестерині крові  $> 5$  ммоль/л.
3. При підвищенні АТ – антигіпертензивна терапія, перед усім інгібітори АПФ
4. При рецидивуючої ішемії міокарда - хірургічна реваскуляризація міокарда. Покази та вибір метода реваскуляризації (ЧКВ, АКШ) визначаються характером ураження коронарних артерій за даними КВГ.

## **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування Зникнення чи стабілізація стенокардії і гемодинаміки.**

### **Тривалість лікування**

Обов'язкове стаціонарне лікування тривалістю 10-14 днів. Подовження термінів лікування можливо при наявності ускладнень, рефракторної НС, СН, важких аритмій і блокад.

### **Критерії якості лікування**

Відсутність клінічних і ЕКГ ознак ішемії міокарду. Відсутність ознак високого ризику за даними навантажувальних тестів (ішемічна депресія сегмента  $ST \geq 2$  мм, толерантність до фізичного навантаження менше 5 MET чи 75 Вт, зниження систолічного АТ під час навантаження).

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

Примітка: 1. Дігідропіридінові похідні короткої дії протипоказані.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

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

Код МКХ 10: I21 – I22

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий коронарний синдром (ГКС) – група клінічних ознак чи симптомів, які дозволяють підозрювати гострий інфаркт міокарду (ГІМ) або нестабільну стенокардію.

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

- 1.1. Затяжний (більше 20 хв.) ангінозний біль в спокої.
- 1.2. Наявність типових змін ЕКГ (елевація ST з характерною динамікою, поява патологічного зубця Q).
- 1.3. Поява біохімічних маркерів некрозу міокарду (критерії, що є верифікуючим у суперечливих випадках).

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

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

8. Коронаровентрикулографія безумовно при давності ГКС до 12 годин і можливості виконання процедури протягом 90 хв після першого контакту з лікарем.

#### **Додаткові дослідження**

1. ЧАТВ (при лікуванні нефракціонованим гепарином)
2. коагулограма
3. Rö ОГК
4. вимірювання та моніторинг ЦВТ в динаміці.

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

1. Тромболітична терапія з використанням стрептокінази, ретеплази, альтеплази або тенектеплази, TNK-ТАП проводиться при відсутності проти показів і можливості проведення протягом 12 годин від початку ангінозного нападу.

2. Первинні коронарні втручання при давності клініки ГКС до 12 годин, а при збереженні або відновленні ішемії в пізніші терміни є методом вибору в лікуванні інфаркту міокарду, що ускладнений кардіогенним шоком, при наявності протипоказань до тромболітичної терапії та в умовах, коли можливо виконати процедуру протягом 90 хвилин від першого контакту з лікарем. Покази та вибір метода ревазуляризації (ЧКВ, АКШ) визначаються характером ураження коронарних артерій за даними КВГ та можливістю клініки.

3. Аспірин.

4. Нефракціонований гепарин (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням) і низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні ознак ішемії і більше.

5.  $\beta$ -адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності. При наявності СН і/чи систолічної дисфункції ЛШ (ФВ<45%) – метопролол, карведілол.

6. Блокатори кальцієвих каналів. Ділтіазем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають проти покази до  $\beta$ -адреноблокаторів і у хворих з варіантною стенокардією при відсутності систолічної СН. Дігідропірідіни ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з  $\beta$ -блокаторами<sup>1</sup>.

7. Нітрати при наявності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда. Як альтернативу можна використовувати сідноніміни.

8. Інгібітори АПФ, при непереносимості – блокатори АТ<sub>1</sub> рецепторів ангіотензину II

9. Статини показані всім хворим із загальним холестерином крові > 5 ммоль/л. Доза визначається індивідуально. Одночасно для оцінки переносимості контролюють вміст в крові АЛТ, АСТ і КФК.

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Тієнопіридінові антитромбоцитарні препарати показані всім хворим, які не переносять аспірин, а також безпосередньо перед ПКВ і після неї.

2. Для знеболення, при недостатньому ефекті нітратів і  $\beta$ -адреноблокаторів – ненаркотичні і наркотичні аналгетики.

3. При підвищенні АТ – антигіпертензивна терапія, перед усім інгібітори АПФ

4. Лікування основних ускладнень:

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

4.4.1. початкова та помірно виражена (Killip II): фуросемід, нітрати (внутрішньовенно або перорально)

4.4.2. важка (Killip III): фуросемід (внутрішньовенно), нітрати (внутрішньовенно), допамін (при гіпоперфузії нирок), добутамін (при підвищеному тиску в малому колі кровообігу), ИВЛ; у разі розвитку альвеолярного набряку легень: піногасники, морфін, кровопускання.

4.4.3. кардіогенний шок:

4.4.3.1. рефлексорний - ненаркотичні та наркотичні анальгетики, симпатоміметики

4.4.3.2. аритмічний: ЕІТ або електрокардіостимуляція

4.4.3.3. істинний: допамін, добутамін, повна ревазуляризація міокарда (ЧКВ, АКШ), внутрішньо аортальна балонна контрпульсація (при можливості)

4.5. важки шлуночкові порушення ритму: лідокаїн, мексітіл,  $\beta$ -адреноблокатори, аміодарон (за необхідністю подальшої профілактики)

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

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Стабілізація стану. Відсутність ускладнень.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

Відсутність клінічних і ЕКГ ознак ішемії міокарду. Відсутність ознак високого ризику за даними навантажувальних тестів (ішемічна депресія сегмента  $ST \geq 2$  мм, толерантність до фізичного навантаження менше 5 MET чи 75 Вт, зниження систолічного АТ під час навантаження). Відсутність



прогресування серцевої недостатності, рецидивування потенціально фатальних аритмій АВ-блокад високого ступеню.

#### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

Примітка: 1. Дігідропірідинові похідні короткої дії протипоказані.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим на гострий перикардит, хронічний**  
**констриктивний перикардит**

Код МКХ 10: I30, I32

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі на гострий перикардит, хронічний констриктивний перикардит підлягають стаціонарному лікуванню за місцем проживання (бажано в кардіологічному відділенні). За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади.

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. вимірювання центрального венозного тиску
5. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ)
6. ЕКГ в 12 відведеннях
7. ЕхоКГ та Доплер-дослідження
8. Рентгенографія ОГК

### **Додаткові дослідження**

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

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Етіопатогенетичне лікування основного захворювання:

- Антибіотики
  - Нестероїдні протизапальні препарати
  - Глюкокортикоїди
  - Перикардіоцентез при значній кількості випоту.
2. Оперативне лікування при констриктивному перикардиті

#### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. симптоматичне лікування СН та ускладнень:
  - інгібітори АПФ
  - $\beta$ -адреноблокатори – метопролола, карведілола, бісопролола – які показані всім гемодинамічно стабільним хворим при відсутності протипоказань
    - салуретики, які доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини
    - блокатори рецепторів ангіотензину II при непереносимості інгібіторів АПФ.
2. Аміодарон у хворих з симптоматичними або важкими шлуночковими аритміями, також при тахісistolічної формі фібриляції передсердь у випадках недостатнього ефекту інших препаратів.
3. Антикоагулянти (непрямі) у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі, при наявності тромбів у порожнинах серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення (МНО). При неможливості визначення МНО – визначення протромбінового індексу.
4. Метаболічна терапія

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Одужання, поліпшення клінічного стану, відсутність прогресування симптомів СН.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

Поліпшення клінічного стану хворих.

Нормалізація показників крові

Позитивна динаміка показників ЕхоКГ та доплер-дослідження

Підвищення толерантності до фізичного навантаження.

Зникнення ознак СН.

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

При наявності декомпенсації СН хворі направляються на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності. Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями, переохолодження та перегрівання.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із дилатаційною кардіоміопатією**

Код МКХ 10: I42.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження при первинній діагностиці**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ на обох руках
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, визначення в крові глюкози, АЛТ, АСТ, КФК загальний та МВ-фракція, білірубіну, креатиніну, загального холестерину, тригліцеридів, калію, натрію, загального білку та білкові фракції, СРП, ревмопроби )
5. ЕКГ у 12 відведеннях
6. ЕхоКГ

## 7. Rö ОГК

### Додаткові дослідження

1. коронаровентрикулографія
2. ендоміокардіальна біопсія
3. радіонуклідна вентрикулографія та сцинтиграфія мокарда
4. добовий моніторинг ЕКГ
5. тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)
6. коагулограма
7. ПТГ або МНО
8. натрійуретичний пептид сироватки крові
9. лабораторні методи визначення функції щитовидної залози, наднирників (при підозрі на ендокринну кардіоміопатію), рівня сечової кислоти.

### Лікувальна програма

#### Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

Хворі повинні отримувати комплексну терапію із застосуванням:

#### 1. Етіотропної терапії при вторинних КМП:

- із застосуванням хірургічних методів лікування (ішемічна КМП, ендокринна КМП)
- етіологічне лікування при запальній КМП (хронічному дифузному міокардиті)

#### 2. Лікування систолічної ХСН при ідіопатичній ДКМП та вторинних КМП із використанням:

- Інгібіторів АПФ, яки показані всім хворим протягом невизначено тривалого часу.
- $\beta$ -адреноблокаторів – метопролола, карведілола, бісопролола – яки показані всім гемодинамічно стабільним хворим при відсутності протипоказань.
- Салуретиків, яки доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини.
- Серцевих глікозидів, головним чином дігоксину. Найбільш доцільно застосування при наявності тахі- і нормосистолічному варіантах фібриляції передсердь.
- Блокаторів рецепторів ангіотензину II при непереносимості інгібіторів АПФ.
- Антагоністів альдостерону. Використовують спіронолактон, як тимчасовий діуретичний засіб, та як засіб додаткового впливу на нейрогуморальні механізми розвитку серцевої недостатності, що здатний покращувати прогноз виживання (в даному разі у дозі 25мг на добу).

#### Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

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

2. Внутрішньовенні симпатоміметичні засобів допаміну та/або добутаміну. Використовуються при недостатньому ефекті від лікування ХСН тільки, в умовах стаціонару, бажано із застосуванням спеціальних дозаторів.

3. Нітрати, внутрішньовенно або у вигляді сублінгвального прийому похідних нітрогліцерину або ізосорбїду дінітрату – при наявності ознак лівошлуночкової недостатності — з відміною після стабілізації гемодинаміки. Тривале застосування доцільно лише у хворих із ішемічною КМП або із вторинними КМП при наявності супутньої стенокардії.

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

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

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

7. Трансплантація серця.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відсутність прогресування СН, збільшення тривалості життя.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

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

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

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

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Обмеження добового споживання хлориду натрію: менш 3 г на добу при доклінічної та помірної ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менш 1,5 г на добу при значній ХСН (III-IVФК) Рекомендується дієта збагачена  $\omega$ -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**



ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим на інфекційний ендокардит**

Код МКХ 10: I33

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

Виділяють ендокардит природних та протезованих клапанів.

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі з інфекційним ендокардитом підлягають стаціонарному лікуванню за місцем проживання (бажано в кардіологічному відділенні). За наявності показань хворі підлягають направленню на хірургічне лікування у відповідні спеціалізовані заклади.

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, глюкоза крові, калій, натрій)
5. повторні посіви крові на стерильність та визначення чутливості флори до антибіотиків
6. коагулограма
7. ЕКГ в 12 відведеннях
8. ЕхоКГ та Доплерівське-дослідження
9. Рентгенографія ОГК
10. консультація кардіохірурга

**Додаткові дослідження**

1. катетеризація серця
2. черезстравохідна ЕхоКГ
3. комп'ютерна томографія

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

1. оперативне лікування

2. етіотропна терапія: антибіотикотерапія під контролем чутливості збудника, глюкокортикоїди і т.і.

3. симптоматичне лікування СН та ускладнень:

- інгібітори АПФ
- $\beta$ -адреноблокатори – метопролола, карведілола, бісопролола – які показані всім гемодинамічно стабільним хворим при відсутності протипоказань
  - салуретики, які доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини.
  - серцеві глікозидів, головним чином дігоксину. Найбільш доцільно застосування при наявності тахі- і нормосистолічному варіантах фібриляції передсердь
  - блокатори рецепторів ангіотензину II при непереносимості інгібіторів АПФ.

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

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

Внутрішньовенні симпатоміметичні засобів допаміну та/або добутаміну. Використовуються при недостатньому ефекті від лікування ХСН тільки, в умовах стаціонару, бажано із застосуванням спеціальних дозаторів.

Нітрати, внутрішньовенно або у вигляді сублінгвального прийому похідних нітрогліцерину або ізосорбїду дінітрату – при наявності ознак лівошлуночкової недостатності — з відміною після стабілізації гемодинаміки. Тривале застосування доцільно лише у хворих із ішемічною КМП або із вторинними КМП при наявності супутньої стенокардії.

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

Метаболічна терапія

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

### **Тривалість лікування**

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

**Критерії якості лікування**

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

**Можливі побічні дії і ускладнення**

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

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

При наявності значущих уражень клапанів та/або розвитку застійної серцевої недостатності хворі направляються на МСЕК в зв'язку із стійкою втратою працездатності

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією  
напруження I-II Ф.К.**

Код МКХ 10: I20.8

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

При стабільній стенокардії напруги відмічається поява ангінозних нападів при фізичному навантаженні. Функційний клас (ФК) стенокардії визначається рівнем навантаження, при якому з'являються ознаки ішемії. При I ФК напади стенокардії виникають при значних фізичних навантаженнях. При проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням ознаки ішемії з'являються у хворого при навантаженні та більше 100 Вт, або більше 7 MET.

При II ФК напади стенокардії провокуються звичайними фізичними навантаженнями (ходьбі до 500 м). При проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням хворий виконує навантаження 75-100 Вт, або 5-6 MET.

Ознаки ішемії при проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням:

1. Поява типового ангінозного нападу
2. Депресія або елевація сегменту ST  $\geq 1$  мм за ішемічним типом

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

8. збір скарг та анамнезу
9. клінічний огляд
10. вимірювання АТ
11. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, визначення в сироватці крові рівня глюкози крові, загального холестерину, тригліцеридів, калію та натрію, креатиніну, АЛТ, АСТ, білірубіну)
12. ЕКГ у 12 відведеннях
13. ЕхоКГ

14. Rö ОГК

15. тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)

#### **Додаткові дослідження**

1. коагулограма
2. добовий моніторинг ЕКГ
3. ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ
4. коронарографія в групі високого ризику
5. провокуючу коронарний вазоспазм пробу з ергометрином
6. стрес-ЕхоКГ з добутамином та дипиридамолом

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Хворі повинні отримувати комплексну терапію із застосуванням:

1. Аспірин, який призначається всім хворим для постійного прийому.
2.  $\beta$ -адреноблокаторів, які рекомендуються всім хворим при відсутності протипоказань.
3. Блокатори кальцієвих каналів. Верапамил чи ділтіазем доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипокази до  $\beta$ -адреноблокаторів. Дігідропірідини ретардної дії доцільно використовувати в якості монотерапії чи в комбінації з  $\beta$ -блокаторами<sup>1</sup>.
4. Нітрати короткої дії при нападі стенокардії у вигляді похідних нітрогліцерину для сублінгвального прийому. Застосування терапії нітратами пролонгованої дії недоцільно.
5. Статини. Показані всім хворим із загальним холестерином крові  $> 4,5$  ммоль/л та/або ХС ЛПНЩ  $> 2,5$  ммоль/л.

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Антагоністи АДФ рецепторів: клопідогрель, тіклопідін. Показані всім хворим, які не переносять аспірин, а також для тривалого лікування після чрезшкірних коронарних втручань (ЧКВ). Призначають хворим, яким планується проведення ЧКВ.
2. При супутній АГ – антигіпертензивна терапія
3. Реваскуляризація міокарда (ендоваскулярна, хірургічна). Покази та вибір метода ревааскуляризації міокарда визначаються ступенем та розповсюдженістю стенозування коронарних артерій за даними коронаровентрикулографії.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

#### **Тривалість лікування**

Хворі потребують пожиттєвого застосування препаратів.

### **Критерії якості лікування**

Відсутність клінічних та ЕКГ ознак ішемії міокарду. Підвищення толерантності до фізичного навантаження більше 25Вт та тривалістю педалювання більш 3 хв. Відсутність прогресування стенокардії та розвитку гострих коронарних синдромів. Зменшення частоти госпіталізації.

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Частіш за все брадикардія, артеріальна гіпотензія. Проведення адекватної антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих із існуючими ураженнями травного тракту та наявності інших факторів ризику. Підвищення трансаміназ (АЛТ, АСТ).

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією  
напруження III-IV ФК**

Код МКХ 10: I20.8

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

Ознаки ішемії при проведенні тестів з дозованим фізичним навантаженням:

1. Поява типового ангінозного нападу
2. Депресія або елевація сегменту ST  $\geq$  1 мм за ішемічним типом

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, визначення в сироватці крові рівня глюкози крові, загального холестерину, тригліцеридів, калію та натрію, креатиніну, АЛТ, АСТ, білірубіну)

5. ЕКГ у 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Rö ОГК
8. тест з дозованим фізичним навантаженням (ВЕМ або тредміл)
9. Коронаровентрикулографія

#### **Додаткові дослідження**

1. коагулограма
2. добовий моніторинг ЕКГ
3. фармакологічні проби
4. стрес-ЕхоКГ
5. ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

###### Модифікація образу життя

Хворі повинні отримувати модифікації комплексну терапію із застосуванням:

1. Аспірин, який призначається всім хворим для постійного прийому.

2.  $\beta$ -адреноблокаторів, які рекомендуються всім хворим при відсутності протипоказань.

3. Блокаторів кальцієвих каналів. Ділтiazем або верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипокази до  $\beta$ -адреноблокаторів. Дігідропіридіни ретардної дії використовують з метою додаткового антиангінального та антигіпертензивного ефектів разом з  $\beta$ -блокаторами.

4. Нітратів. При нападі стенокардії використовують нітрогліцерин сублінгвально чи в аерозолі. З метою антиангінальної дії застосовують нітрати пролонгованої дії, а при їхній непереносимості нітратоподібні засоби (молсидомін).

6. Статини призначаються всім хворим із загальним холестерином крові  $\geq 4,5$  ммоль/л та/або ХСЛПНЩ  $\geq 2,5$  ммоль/л. Доза визначається індивідуально. Одночасно для оцінки переносимості контролюють вміст в крові АЛТ, АСТ і КФК.

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Антагоністи АДФ рецепторів: клопідогрель, тіклопідін. Показані всім хворим, які не переносять аспірин, а також для тривалого (не менш 9 місяців) лікування після чрезшкірних коронарних втручань (ЧКВ). Призначають хворим, яким планується проведення ЧКВ.

2. При супутній АГ – антигіпертензивна терапія

3. Хірургічна реваскуляризація міокарда. Покази та вибір метода (ЧКВ, АКШ) визначаються за даними коронаровентрикулографії.



4. Триметазидін може бути призначений при непереносимості або недостатньої ефективності антиангінальних препаратів гемодинамічної дії.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

#### **Тривалість лікування**

При медикаментозному лікуванні хворі потребують позиттивного щоденного застосування препаратів.

#### **Критерії якості лікування**

Відсутність клінічних та ЕКГ ознак ішемії міокарду. Підвищення толерантності до фізичного навантаження більше 25 Вт та тривалістю педалювання більш 3 хв.. Відсутність прогресування стенокардії та розвитку гострих коронарних синдромів. Зменшення частоти госпіталізації.

#### **Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей. Частіш за все брадикардія, артеріальна гіпотензія. Проведення адекватної антитромботичної терапії може спровокувати кровотечі, особливо у хворих із існуючими ураженнями травного тракту та наявності інших факторів ризику.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим із міокардитом**

Код МКХ 10: I40, I41, I51.4

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

На основі класифікації міокардитів, що прийнята на VI Конгресі кардіологів України (Київ, 2000 р.) виділяють:

- I. Гострий міокардит
  - а.с установленою етіологією 140,141 (інфекційні - 140, бактеріальні - 141.0, вірусні -141.1, паразитарні - 141.2, при інших хворобах - 141.8);
  - б. не уточнений 140.9
- II. Хронічний, не уточнений міокардит 151.4
- III. Міокардіофіброз 151.4
- IV. Поширеність:
  - а.ізолюваний (осередковий) - 140.1
  - б. іншої (дифузійний) - 140.8
- V. Перебіг: легкий, середньої важкості, важкий
- VI. Клінічні варіанти: аритмія, порушення реполяризації, кардіалгія й т.д.
- VII. Серцева недостатність (О - III стадії)

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

### **Діагностична програма Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, СРП, КФК або МВ-КФК, тропонін Т або І, титр АСЛО, холестерин, глюкоза крові)
5. етіологічне дослідження із визначенням титрів віруснейтралізуючих антитіл до вірусів Коксакі групи В, ЕСНО, герпесу, гепатиту С і т.і. (імуноглобулінів класів G й M (IgM, IgG)) у плазмі, а також полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР)
6. показників імунологічного стану.
7. ЕКГ в 12 відведеннях
8. ЕхоКГ та Допплер-дослідження
9. Рентгенографія ОГК

### **Додаткові дослідження**

1. Добовий моніторинг ЕКГ
2. для діагностики міокардиту (особливо хронічного) радіоізотопна сцинтиграфія з використанням ізотопів: технецій (99mTc), Цитрат галію (67Ga), або моноклональні антитіла до міозину, мічені індієм (111In).
3. комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія із застосуванням таких контрастів, як омніскан і галодіамід.
4. ендоміокардіальна біопсія із визначенням сучасних гістологічних критеріїв, так званий «Консенсус по визначенню міокардиту».

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

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

#### **При гострому ізольованому міокардиті проводять:**

1. етіологічне лікування: препарати інтерферону, антибактеріальні препарати й т.д.
2. бета-адреноблокатори
3. нестероїдні протизапальні препарати;
4. системна ензимотерапія;
5. метаболічна терапія (мілдронат, триметазідін)
6. симптоматичне лікування:
  - а. антиаритмічні препарати;
  - б. дезагреганти
  - в. діуретики

**При підгострому і хронічному ізольованих міокардитах:**

1. бета-адреноблокатори
2. нестероїдні протизапальні препарати;
3. системна ензимотерапія;
4. метаболічна терапія (мілдронат, триметазідін)
5. симптоматичне лікування:
  - a. антиаритмічні препарати;
  - b. дезагреганти
  - c. діуретики

**При гострому дифузному міокардиті:**

1. етіологічне лікування: препарати інтерферону, противірусні й антибактеріальні препарати й т.д.
2. бета-адреноблокатори й/або іАПФ чи блокатори рецепторів ангіотензину II (АП)
3. діуретики
4. дезагреганти й/або антикоагулянти
5. антиаритмічні препарати
6. системна ензимотерапія;
7. метаболічна терапія (мілдронат, триметазідін)
8. На даному етапі також можливе застосування:
  - глюкокортикоїдів (як імуносупресорів при ідіопатичному або аутоімунному міокардиті);
  - симпатоміметиків - для підтримки параметрів гемодинаміки при симптомах гострої важкої серцевої недостатності й кардіогенного шоку.

**При підгострому дифузному міокардиті:**

1. курсове лікування гормонами й/або цитостатичними препаратами (при відсутності персистенції вірусу!)
2. бета-адреноблокатори
3. іАПФ або блокатори рецепторів АП
4. діуретики
5. дезагреганти й/або антикоагулянти
6. антиаритмічні препарати
7. системна ензимотерапія;
8. метаболічна терапія (мілдронат, триметазідін)

**При хронічному дифузному міокардиті:**

2. курсове лікування гормонами й/або цитостатичними препаратами
3. симптоматичне лікування ХСН
  - a. бета-адреноблокатори
  - b. іАПФ або блокатори рецепторів АП

- в. діуретики
- г. дігосин
- 4. профілактика ускладнень
  - а. дезагреганти й/або антикоагулянти
  - б. антиаритмічні препарати;
- 5. системна ензимотерапія;
- 6. метаболічна терапія (мілдронат, триметазідін)

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. При наявності показань – санація вогнищ хронічних інфекцій
2. При важкому перебігу дифузного міокардиту:
  - імплантація кардіовертера-дефібрилятора при наявності рецидивуючих фібриляції шлуночків або стійкої шлуночкової тахікардії і резистентності до антиаритмічних препаратів.
  - імплантація трикамерного ЕКС в режимі DDDR при тяжкій СН, що є рефрактерною до медикаментозної терапії, у хворих зі значними порушеннями внутрішньошлуночкової провідності і десинхронізацією скорочення шлуночків.
  - Трансплантація серця при важкому перебігу захворювання та трансформації в ДКМП.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

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

**Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із нейроциркуляторною дистонією**

Код МКХ 10: С90, F45.3

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) — поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є нестійкість пульсу, АТ, кардіалгія, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні порушення, порушення судинного тону, низька толерантність до фізичного навантаження і стресових станів при доброякісному перебігу та доброму прогнозі життя.

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Рентгенографія ОГК
8. Проби з дозованим фізичним навантаженням

**Додаткові дослідження**

1. Добовий моніторинг ЕКГ та АТ

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

1.  $\beta$ -адреноблокатори. Рекомендуються хворим з симпатoadреналовими кризами та тахікардією.
2. Антиаритмічні препарати при симптомних аритміях.



**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Лікувальна фізкультура, дозовані фізичні навантаження.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Поліпшення загального стану, зменшення скарг.

**Тривалість лікування**

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

**Критерії якості лікування**

Нормалізація АТ і ЧСС. Підвищення толерантності до фізичного навантаження.

**Можливі побічні дії і ускладнення**

Можливі побічні дії препаратів згідно їх фармакологічних властивостей.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі не потребують диспансерного нагляду.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

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

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із фібриляцією (тріпотінням)  
передсердь**

Код МКХ 10: I25.2-25.3

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

- пароксизмальна (ритм відновлюється самостійно протягом 48 годин)
- персистуюча (пароксизм більше 48 годин, для відновлення ритму необхідні втручання)
- постійна (синусовий ритм відновити неможливо або недоцільно).

Діагноз встановлюється на підставі ЕКГ в стані спокою.

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, загальний холестерин, тригліцериди, глюкоза крові, гормони щитовидної залози, коагулограма, МНО, АЧТВ)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ

**Додаткові дослідження**

1. черезстравохідна ЕхоКГ
2. добовий моніторинг ЕКГ

3. коронарорентрикулографія
4. ХС ЛПНЩ і ЛПВЩ

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Хворі повинні отримувати комплексну терапію із застосуванням:

1. Аспірин показаний всім хворим протягом невизначено тривалого часу при відсутності показань до прямих антикоагулянтів.
2. Непрямі антикоагулянти під контролем МНО (ПТІ при неможливості визначення МНО) при наявності
  - вік > 60 років, при наявності цукрового діабету, ІХС
  - вік > 75 років
  - ХСН та/чи ФВ  $\leq 35\%$
  - тиреотоксикозу
  - АГ
    - мітрального стенозу
    - тромбоемболії в анамнезі
    - тромбоутворення в порожнинах серця по даним трансторакальної ЕхоКГ та ЧСЕхоКГ
3. Антиаритмічні препарати показані для відновлення синусового ритму та запобіганню пароксизмів в подальшому:
  - при ідіопатичній ФП (у хворих без структурних захворювань серця) – соталол, пропafenон, етацізин, флекаїнід<sup>1</sup>. При неефективності цих препаратів – аміодарон.
  - при ФП у хворих з помірно важкою патологією серцево-судинної системи без ІМ в анамнезі та СН – сотало, пропafenон, при неефективності – аміодарон.
  - при ФП у хворих, що перенесли ІМ, з систолічною дисфункцією ЛШ і ХСН – аміодарон.
4.  $\beta$ -адреноблокатори. Рекомендуються хворим з постійною формою ФП з метою контролю частоти ритму у хворих молодого та середнього віку, з достатньо високою фізичною активністю.
5. Дігосин. Рекомендується хворим з метою контролю частоти ритму, особливо при поєднанні з застійною СН, у хворих похилого віку та в випадках обмеженої фізичної активності хворих.
6. Електроімпульсна терапія при неефективній медикаментозній терапії в плановому порядку або при прогресуючих гемодинамічних порушеннях (симптоматична артеріальна гіпотензія, гіпертрофія лівого шлуночку, погіршенні мозкового кровообігу та ін.). При ТП проводиться за відсутності ефекту від ЧСЕКС.
7. ЧСЕКС при ТП з метою його купування.

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. Хворим, які не переносять аспірин замість нього показані тієнопіридінові антитромбоцитарні препарати.
2. Імплантація кардіостимулятора у відповідному режимі при наявності супутніх порушень АВ-провідності та СССВ.
3. Катетерне лікування при:
  - неефективності медикаментозної терапії, що проводиться в адекватних дозах
  - аритмогенної дії антиаритмічних засобів
  - гемодинамічно значущих нападах ФП і ТП
  - поєднані ФП із синдромом передчасного збудження шлуночків
  - ізольованому трепотінні передсердь
4. При наявності пацієнти потребують адекватного лікування супутніх захворювань, артеріальної гіпертензії, уражень щитовидної залози та цукрового діабету.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

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

### **Тривалість лікування**

Хворі потребують постійного щоденного застосування препаратів.

### **Критерії якості лікування**

Відсутність або суттєве зменшення частоти та тривалості пароксизмів ФП (при пароксизмальній та персистуючій формах); відсутність порушень гемодинаміки під час нападу, контроль ЧСС та відсутність прогресування ХСН (при постійній формі). Нормальна толерантність до фізичного навантаження. Відсутність тромбоемболічних ускладнень.

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

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

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

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

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

---

Примітка 1. В теперішній час в Україні не зареєстрований.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим на хронічну ревматичну хворобу  
серця (вади серця)**

Код МКХ 10: I05-09

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

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

### **Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

### **Діагностична програма**

#### **Обов'язкові дослідження**

1. збір скарг та анамнезу
2. клінічний огляд
3. вимірювання АТ
4. лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, холестерин, глюкоза крові, калій, натрій, СРП; титри АСЛО, АГ, РФ)
5. ЕКГ в 12 відведеннях
6. ЕхоКГ
7. Допплер-дослідження.
8. Рентгенографія ОГК

#### **Додаткові дослідження**

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

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

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

#### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Поліпшення клінічного стану, підвищення толерантності до фізичного навантаження.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

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

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

При наявності СН - обмеження добового споживання хлориду натрію: менш 3 г на добу при доклінічної та помірної ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менш 1,5 г на добу при значний ХСН (III-IVФК) Рекомендується дієта збагачена  $\omega$ -3 поліненасиченими жирними кислотами.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

При наявності СН рекомендовано обмеження фізичних навантажень згідно ступеню ХСН. Регулярна фізична активність (повільне ходіння, фізичні вправи невеликої інтенсивності) відповідно до функціональних можливостей пацієнта ("комфортний", але регулярний руховий режим).

Не рекомендується переохолодження та робота вночі.

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ МОЗ України  
Від 03.07.2006 № 436

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим із хронічною серцевою недостатністю**

Код МКХ 10: I50.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – це патологічний стан, при якому серце не забезпечує органи і тканини необхідною кількістю крові у відповідності до метаболічних потреб тканин. На основі Класифікації Українського наукового товариства кардіологів (2000р) та наказу МОЗ України №354 від 14.02.2002 виділяють

1. Клінічні стадії: I, IIА, IIБ, III ст, які відповідають стадіям за класифікацією М.Д.Стражеска і В.Х.Василенко
2. Варіанти СН:
  - із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ) - ФВ ЛШ  $\leq 40\%$
  - із збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ ЛШ  $> 40\%$ )
3. ФК за NYHA: I, II, III, IV

**Умови в яких повинна надаватись медична допомога**

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

**Діагностична програма**

**Обов'язкові дослідження**

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

**Додаткові дослідження**

1. Доплер-ЕхоКГ з оцінкою систолічного тиску в легеневої артерії та показників діастолічної функції лівого шлуночка
2. Сечова кислота



3. Загальний білок крові
4. Тромби новий час або цілком коагулограма
5. Холтеровське моніторування ЕКГ
6. Гормони щитовидної залози
7. Передсердний натрійуретичний пептид у сироватці крові.
8. Радіонуклідна вентрикулографія
9. Коронаровентрикулографія
10. Ендоміокардіальна біопсія.

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

Хворі повинні отримувати комплексну фармакотерапію із застосуванням:

1. Інгібіторів АПФ, які показані всім хворим протягом невизначено тривалого часу.

2.  $\beta$ -адреноблокаторів. У хворих з СН і систолічною дисфункцією ЛШ із препаратів цієї групи дозволено використовувати тільки метопролол, карведілол, бісопролол.

3. Салуретиків, які доцільно застосовувати при наявності ознак затримки рідини або для профілактики останньої у хворих із схильністю до такої.

4. Серцевих глікозидів, головним чином дігосину. Найбільш доцільно застосування дігосину при наявності тахі- і нормосистолічного варіанту фібриляції передсердь.

5. Блокаторів рецепторів ангіотензину II, які показані при непереносимості інгібіторів АПФ.

6. Антагоністів альдостерону. Використовують спіронолактон тимчасово, як діуретичний засіб, та тривало, з метою поліпшення прогнозу виживання (в даному разі у дозі 25мг на добу).

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

8. Нітратів, внутрішньовенно або у вигляді сублінгвального прийому похідних нітрогліцерину або ізосорбїду дінітрату – при наявності ознак лівошлуночкової недостатності — з відміною після стабілізації гемодинаміки. Тривале застосування доцільно лише у хворих з супутній стенокардією.

9. Антикоагулянти показані пацієнтам з постійною формою фібриляції передсердь, тромбоемболічними ускладненнями в анамнезі а також з мітральним стенозом та протезованими клапанами серця. Обов'язковий контроль міжнародного нормалізованого співвідношення

(МНО). При неможливості визначення МНО – визначення протромбінового індексу.

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

1. При пароксизмальної фібриляції передсердь або життєвонебезпечних шлуночкових аритміях з профілактичною метою показаний аміодарон.
2. При артеріальної гіпертензії – її медикаментозна корекція.
3. Хірургічна реваскуляризація міокарда у хворих з ІХС як причиною ХСН при умовах можливості її виконання, з урахуванням даних КВГ.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**  
Відсутність прогресування СН, збільшення тривалості життя.

### **Тривалість лікування**

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

### **Критерії якості лікування**

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

### **Можливі побічні дії і ускладнення**

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

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

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

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Обмеження добового споживання хлориду натрію: менш 3 г на добу при доклінічної та помірної ХСН (не вживати солоні продукти, не підсолювати їжу під час споживання, менш 1,5 г на добу при значній ХСН (ІІІ-ІVФК) Рекомендується дієта збагачена  $\omega$ -3 поліненасиченими жирними кислотами. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

Відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Рекомендовано обмеження фізичних навантажень згідно ступеню ХСН. Регулярна фізична активність (повільне ходіння, фізичні вправи невеликої інтенсивності) відповідно до функціональних можливостей пацієнта (“комфортний”, але регулярний руховий режим).

**Директор Департаменту  
організації та розвитку медичної  
допомоги населенню**

**Р.О.Моїсеєнко**