

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Рязанский Государственный медицинский университет

имени академика И.П. Павлова

Управление здравоохранения Администрации Рязанской области

Областная клиническая больница

### *Азбука диагноза*

Методические рекомендации для заведующих отделениями больниц,  
врачей ординаторов, интернов и студентов старших курсов.

Составители:

доцент В.А. Васин

к.м.н. И.В. Васин

ассистент, к.м.н. Г.П. Казанцева

гл. патологоанатом области,

засл. врач РФ, В.Н. Телегин

Рязань, 2002 г.

Рецензенты: 1. Заведующий кафедрой факультетской терапии  
с курсами эндокринологии и функциональной  
диагностики ФПДО,  
профессор (В.Я. Гармаш)

2. Заведующий гематологическим отделением Об-  
ластной клинической больницы, к.м.н., главный  
гематолог области

(А.С. Приступа)

Методические рекомендации утверждены Учебно – методиче-  
ским Советом Рязанского государственного медицинского уни-  
верситета им. акад. И.П. Павлова \_\_\_\_\_ 2002 г.

Протокол № \_\_\_\_\_

Одним из основных вопросов клинической практики врача является вопрос правильного оформления диагноза.

В медицинской литературе существует выражение: «Кто правильно формулирует диагноз, тот правильно диагностирует» (Е.А. Осипов, ?????). И второе выражение классика отечественной медицины Г.А. Захарьина (????): «Кто правильно диагностирует, тот хорошо и правильно лечит». В этих выражениях – смысл действия врача клинициста.

*Диагноз*, по официальному определению Всемирной организации здравоохранения, это медицинское заключение о сущности заболевания, отображающее его нозологию, этиологию, патогенез и морфо-функциональные проявления, выраженные в терминах, предусмотренных Международной Классификацией Болезней (МКБ).

В настоящее время в практической деятельности врача используется МКБ десятого пересмотра (МКБ - 10), которая называется «Международная статистическая классификация *болезней и проблем*, связанных со здоровьем».

Наличие в названии МКБ термина «*проблем*», связанных со здоровьем, приводит к путанице и заблуждению врачей при оформлении клинического диагноза и шифровании патологии. Ссылаясь на наличие в классификационной книге симптомов, синдромов, патологических процессов, объединённых понятием «*проблемы*», врач считает возможным поставить любую из них в диагнозе как первопричину, т.е. основное заболевание. Например, острый абсцесс лёгкого, перитонит, аспирационную или гипостатическую пневмонию и т. д. В этом и заключается ошибка врача при оформлении диагноза. «Проблемы», связанные со здоровьем, в виде процессов, симптомов и синдромов не могут рассматриваться в диагнозе как основное заболевание, хотя и имеют в книге свой шифр.

При оформлении диагноза врачу необходимо различать понятия *болезнь и патологический процесс*.

Что такое *болезнь*? По выражению отдельных авторов, это структурно – функциональное повреждение организма, имеющее свою этиологию, патогенез,

клинику, морфологию, профилактику и лечение. Это философская категория, отражающая единое целое, чётко отграниченное в каждом конкретном случае вышеперечисленными признаками и характеристиками.

В противоположность заболеванию, выделяется его составляющая часть в виде патологического процесса или его клинического выражения – симптома, синдрома.

Что представляет собой *патологический процесс*? Это любой физиологический процесс в патологических условиях (А.В. Русаков, ????) в условиях воздействия патологического повреждающего фактора. Например: регенерация респираторного эпителия в условиях воздействия патологического фактора вызывает метаплазию в многослойный плоский и т. д.

Существуют две больших группы патологических процессов:

1. Деструктивные патологические процессы.
2. Конструктивные патологические процессы.

*Деструктивные* патологические процессы объединяют два раздела:

1. *Дистрофии* – нарушения отдельных видов обмена, с разнообразной локализацией (паренхиматозные, мезенхимальные и смешанные) и видом нарушенного обмена (белковые, жировые, углеводные и минеральные). Крайняя степень дистрофии – некроз.
2. *Дисциркуляции* – нарушения циркуляции крови, лимфы и тканевой жидкости. Различают патологические процессы, связанные с местными и общими расстройствами кровообращения. Главные из них: кровоизлияния, инфаркт, тромбоз, эмболия, отёк, водянка, шок.

Ко второй группе патологических процессов относятся *компенсаторные и приспособительные* процессы. Это: гипертрофия, гиперплазия, пролиферация, метаплазия, регенерация, воспаление, склероз, цирроз и т. д.. Эта большая группа патологических процессов получила название «*физиологическая мера*» против болезни по И.П. Павлову (?????). Последний считал, что болезнь опре-

деляется не только процессами деструктивного характера, но и конструктивными, направленными на ликвидацию поломки.

По своему клиническому и морфологическому значению патологический процесс может быть *элементом и осложнением* болезни.

*Элемент* болезни – это патологический процесс, связанный с заболеванием этиологически и патогенетически. В структуре диагноза он должен занять место вместе с основным или сопутствующим заболеванием, раскрывая его сущность. Например: язва желудка при язвенной болезни, камни желчного пузыря при желчно-каменной болезни, атеросклероз и гипертрофия миокарда при гипертонической болезни, анемия и тромбоцитопения при лейкозе и т. д.

*Осложнение* - это патологический процесс или его клиническое выражение – симптом, синдром, связанные с заболеванием только патогенетически, но не этиологически. Осложнения чаще всего бывают множественными, они меняют течение основного заболевания и нередко усложняют клинику болезни, а иногда являются непосредственной причиной смерти. Но никогда заболевание не может быть осложнением. Например, желудочно-кишечное кровотечение может быть при язве желудка, при циррозе печени, раке желудка, раке печени и др. заболеваниях. Осложнение занимает в диагнозе соответствующую рубрику.

Врачебный диагноз всегда сложный, состоит из трёх составляющих его элементов: *основного, сопутствующего* заболевания и их *осложнений*.

Диагноз всегда один. Нет основного и сопутствующего диагнозов, как иногда ошибочно печатают на лицевой стороне бланка истории болезни.

К сожалению, отсутствие общепринятого определения основного заболевания в клиническом понимании иногда является причиной различных подходов к этому вопросу со стороны лечащих врачей и иногда ведёт к бесплодным дискуссиям с патологоанатомом. В *патологоанатомической практике* чётко утвердился следующий подход к выбору *основного* заболевания. *Основное* заболевание – это болезнь, которая сама или через связанное с ней осложнение привела больного к смерти, т. е. основное заболевание при летальных исходах соответствует понятию первоначальной причине смерти в определениях ВОЗ.

Это определение основного заболевания может быть применено как в клинике, так и в патологической анатомии.

В *клиническом* понимании под *основным* заболеванием понимают нозологическую единицу (травму, патологическое состояние), явившееся причиной обращения за медицинской помощью, проведения неотложных лечебно-профилактических мероприятий, в данный момент и условиях представляющая наибольшую угрозу или для жизни, или здоровья, или трудоспособности больного, а при летальных исходах – сама или через осложнения привела к смерти. (Г.Г. Автандилов, 1984).

Местная манифестация заболевания, требующая проведения специальных медицинских мероприятий, позволила сделать логическое ударение на те патологические состояния, которые ранее считались только осложнениями, а в настоящее время признаются нозологическими единицами. Например, внутримозговые кровоизлияния рассматриваются в МКБ в качестве самостоятельных нозологических единиц, приобретающих значение основного заболевания и требующих интенсивной неврологической терапии. В этих случаях гипертоническая болезнь (после исключения травмы и разрывов аневризм) учитывается в данной ситуации не в качестве основного заболевания, а как состояние, входящее в виде необходимого компонента в диагноз: «кровоизлияние в мозг при гипертонической болезни».

Заметим, что в этом же аспекте гипертоническая болезнь в качестве основного заболевания принимается только при диагностировании её эссенциальной, сердечной, почечной и сердечно-почечной форм.

Атеросклероз в качестве основного заболевания, как нозологическая единица, учитывается только при наличии клинических проявлений в 3 случаях: атеросклероз аорты с осложнениями, атеросклероз почечных артерий, атеросклероз артерий нижних конечностей. Во всех остальных случаях, когда атеросклероз связан с органной патологией, атеросклеротические изменения артерий входят в качестве базового компонента в патологоанатомический диагноз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, атеросклероз артерий головно-

го мозга, кишечника и др. являются элементами отдельных нозологических единиц ишемической болезни (инфаркт миокарда, мозга, кишки и т. д.) (Г.Г. Автандилов, 1994)

Одна нозологическая единица – сепсис – может рассматриваться и как основное заболевание (септицемия, септикопиемия после вакцинации, незначительных травм, криптогенный сепсис), и как осложнение (после хирургических вмешательств), а так же как цепь патогенеза (при сибирской язве, гонококковой, герпетической, менингококковой инфекции и др.).

*Сопутствующее* заболевание – это нозологическая форма, которая этиологически и патогенетически не связана с основным заболеванием или его осложнениями. Оно существует вместе с основным, жизни не угрожает, но в своём течении отягощает клинику основного заболевания. В рубрику «сопутствующее» можно внести некоторые патологические состояния, процессы, обнаруженные случайно при обследовании больного или на вскрытии. Например, незаращение Боталова протока, межпредсердной перегородки, киста жаберных щелей, эндометриоз пупка и т. д.

*Осложнение*, в отличие от сопутствующего заболевания, это всегда патологический процесс, симптом или синдром в его клиническом выражении.

Если у больного имеется сочетание нескольких нозологических единиц, эти случаи рассматриваются в качестве мультикаузальных (многопричинных). В практике чаще всего имеет место бикаузальный генез заболевания и смерти, т.е., когда сочетаются 2 нозологических единицы, вызывающие у больного новое патологическое состояние, более тяжёлое, более острое, ускоряющее наступление смерти.

В отличие от монокаузальных случаев для сочетания 2 нозологических единиц Г.Г. Автандиловым (1971) было введено понятие «*комбинированное основное заболевание*». К числу комбинированных основных заболеваний относят следующие сочетания 2-х нозологических единиц (повреждений, неблагоприятных последствий диагностики и терапии):

1. *Два конкурирующих заболевания*, не поддающихся разделению из-за тесноты клинико-морфологических проявлений, каждое из которых (само по себе или через осложнения) могло бы привести больного к смерти (А.К. Апатенко, 1971).
2. *Основное и фоновое заболевание*. Фоновое заболевание – нозологическая единица, ухудшающая течение основного заболевания из-за включения в его патогенез и способствующая развитию смертельных осложнений (А.В. Смольяников.1971).
3. *Два сочетанных (сочетающихся) заболевания*, отличающихся от конкурирующих тем, что летальный исход наступает в результате их случайного совпадения по времени. Каждое из двух сочетающихся основных заболеваний в отдельности в данных условиях не могло привести больного к смерти, но в совокупности они явились причиной летального исхода.

При оформлении диагноза статистическому учёту подлежит только нозологическая единица, стоящая на 1-м месте, вторая нозологическая единица записывается во вторую часть свидетельства о смерти.

При клинико-анатомическом анализе расхождение диагнозов считается в тех случаях, когда остались нераспознанными одно из 2-х или оба основных заболевания.

При оформлении клинического диагноза врач достаточно часто обращается к заключениям патологоанатома. Значение патологической анатомии в системе практического здравоохранения в основном сводится к двум моментам.

1. Помощь в диагностическом процессе.
2. Контроль за качеством клинической диагностики и лечебного процесса.

Широкое применение эндоскопического исследования, пункционной биопсии, лапароскопической хирургии позволяет уже на ранних этапах развития заболевания поставить правильный диагноз. Однако необходимо помнить, что патогистологический диагноз, несмотря на большой процент его достоверно-



сти, для врача клинициста является только *частичным*. Окончательное заключение и клинический диагноз ставится врачом, курирующим больного. Например, у пациента желчно–каменная болезнь, механическая желтуха; патогистологическое заключение по операционному материалу – хронический холецистит, микрокарцинома в стенке желчного пузыря. Пациент погибает. В заключительном клиническом диагнозе в качестве основного заболевания выставлен рак желчного пузыря. Это ошибочное мнение, ибо в танатогенезе опухоль не имела существенного значения, а причина смерти – желчнокаменная болезнь с механической желтухой.

Контрольная функция осуществляется врачами патологоанатомами с помощью аутопсии и последующего проведения клинико-патологоанатомических конференций. Отечественный клиницист Г.А. Захарьин (?????) говорил: «...патологоанатомические вскрытия важны как проверка прижизненных заключений, как средства дать врачам убеждения в возможности верного диагноза, а, следовательно, и верной терапии».

У секционного стола в присутствии лечащего врача происходит анализ клинических и морфологических данных, сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, а так же установление категории расхождения. В некоторых случаях окончательное сопоставление клинического патологоанатомического диагнозов делается только после гистологического исследования аутопсийного материала.

Существуют три категории расхождения по основному заболеванию.

Расхождение *первой* категории предусматривает невозможность правильной диагностики из-за тяжести состояния больного, распространенности процесса, кратковременности пребывания его в лечебном учреждении.

Расхождение *второй* категории предусматривает ситуацию, когда заболевание не было распознано в связи с недостаточным обследованием больного. При этом следует учитывать, что правильный диагноз мог бы быть поставлен, но это не имело бы решающего значения в исходе заболевания.

Расхождение *третьей* категории предусматривает неправильную диагностику, которая ведёт за собой ошибочную врачебную тактику, что имеет решающее значение в танатогенезе. Пример: в течение месяца больная лечилась по поводу

очаговой пневмонии, на вскрытии – хорионэпителиома с метастазами в легкие. (Осмotra гинеколога не было).

Необходимо помнить, что оформление диагноза не будет верным, если врач клиницист или патологоанатом не будет придерживаться основных *принципов построения диагноза*.

Первый и основной принцип, который не должен и не может быть поколеблен – это *нозологический принцип* (В.В. Серов,????). При оформлении диагноза в рубрике *основное* заболевание должна стоять нозологическая форма – болезнь, а не процесс, симптом или синдром.

Второй по важности – это *принцип причинно- следственных отношений*, отражающий динамику развития заболевания, элементов болезни, т. е. патологических процессов, симптомов и синдромов (Д.С. Саркисов,?????).

Третий принцип – *диагноз должен быть выражен в терминах, предусмотренных МКБ*.

Особо следует остановиться на *ятрогенной патологии*, которая иногда тоже может быть выставлена в рубрике *основного* заболевания.

«*Ятрогении* – любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств, либо процедур, которые приводят к нарушению функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации и смерти» (????????????????????).

На материале (Ленинграда) Санкт – Петербурга В.В. Некачалов (????) разделил ятрогенную патологию на 3 категории:

1. *Ятрогении первой категории*. Заболевания, патологические процессы, необычные смертельные реакции, обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившимися непосредственной летального исхода. В диагнозе ятрогении первой категории должны оцениваться в качестве *основного* заболевания.
2. *Ятрогении второй категории* – заболевания, патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинскими воздействи-

ями, проведёнными правильно, по обоснованным показаниям. Ятрогении второй категории не находятся в прямой патогенетической связи с основным заболеванием, но не всегда могут быть чётко отграничены от осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного. В диагнозе ятрогении второй категории должны занимать место осложнения, или второго заболевания в сложном комбинированном диагнозе.

3. *Ятрогении третьей категории* – заболевания, патологические процессы, реакции, не имеющие патогенетической связи с основным заболеванием или его осложнением и не играющие какой – либо существенной роли в танатогенезе.

Несоблюдение принципов построения диагноза может иногда привести к абсурдным заключениям.

Пример подобного клинического диагноза:

Осн.: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Начинаяющаяся гангрена. Операция – ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Осложнение: восходящий тромбоз брюшного отдела аорты. Тромбоэмболия основного ствола легочной артерии. Соп.: Острая язва желудка. Постгеморрагическая анемия.

Таким образом, приведённые азбучные истины и положения о структуре диагноза, определение понятия основного, сопутствующего заболеваний, и их осложнений, а так же соблюдение принципов построения диагноза позволит врачу клиницисту или патологоанатому правильно оформить диагноз и не допустить ошибки в последующей тактике лечения больного.