

## Диагноз и его структура на современном этапе

Р.И. Шмурун, кандидат медицинских наук

Централизованное патологоанатомическое отделение, Волхов, Россия

Одним из важнейших факторов совершенствования лечебно-диагностического процесса является анализ качества клинической диагностики. Для этого очень важно, чтобы клиницисты между собой и с патологоанатомами говорили на одном языке, придерживались одних и тех же принципов. В первую очередь, это касается построения диагнозов. На протяжении многих лет [1] мы отстаиваем свою точку зрения: и поликлинический, и клинический, и патологоанатомический диагнозы должны быть построены по единому принципу, в том числе и для того, чтобы быть сопоставимыми. Многолетний опыт работы и неоднократный анализ качества поликлинической, клинической и патологоанатомической диагностики [2-4] показывают, что основная трудность анализа заключается в сложности сопоставления, обусловленной неполными диагнозами заболевания у конкретного больного, отсутствием в диагнозах полипатий, особенно у лиц пожилого возраста и стариков, чем чаще грешат поликлинические врачи. Такое упрощение, к сожалению, считается некоторыми авторами правильным, допустимым [5]. Они полагают, что чем больше детализирован диагноз, тем более он уязвим с точки зрения истинности. Разве можно с этим согласиться? Если мы не убеждены в истинности диагноза, то и не можем проводить направленное лечение. В дополненном нами [4] определении С.С. Вайля [6] "правильным клиническим диагнозом следует считать такой, за которым следуют целесообразные направления и полные, при данных обстоятельствах, лечебные и профилактические мероприятия, поэтому необходим диагноз своевременный (ранний) и полный (развернутый), логически верный, нозологический, этиологический и патогенетический".

Формулируя диагноз - свое представление о болезни и больном, врач строит образ, точность которого зависит от его логики, то есть разумности, умения связать диагностическое значение симптомов болезни и сделать заключение о сущности заболевания и его состоянии на данном этапе, о прогнозе, осложнениях, а при летальном исходе - о причине смерти, но не той, которая сплошь и рядом фигурирует в историях болезни и отражает только терминальный механизм умирания (ухудшение сердечно-сосудистой деятельности, остановка дыхания), а истинной, отражающей танатогенез: например, гипоксия, при распространенной пневмонии, интоксикация при перитоните, кардиогенный шок при инфаркте миокарда и т.д. То есть должна быть указана та причина смерти, с которой можно и нужно бороться во имя спасения жизни больного. При отсутствии на данном этапе наших знаний о способах борьбы, изучение таких причин будет стимулировать их изыскание [7].

В соответствии с методическими рекомендациями [8] в диагнозе как клиническом, так и патологоанатомическом должно быть четко выделено основное заболевание, осложнения основного и сопутствующие заболевания. Обязательно на титульном листе и в эпикризе истории болезни отмечается дата установления диагноза каждого заболевания и их осложнений. Основным считается то заболевание (травма), которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. В качестве основного заболевания должна фигурировать только определенная нозологическая единица. Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни. К сожалению, в некоторых случаях, учитывая социальную значимость, принято начинать диагноз с осложнения. Это касается инфаркта миокарда и нарушений мозгового кровообращения, хотя и то и другое - следствие, а следствие не может и не должно стоять раньше причины, каким бы тяжелым оно ни было. Таковы принципы этиологического и патогенетического построения диагноза, принятые отечественной медициной. Основной аргумент авторов, выдвигающих необходимость критикуемого построения диагнозов, - требования Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ). Этот вопрос затрагивался нами ранее [1, 9]: нельзя слепо ориентироваться на МКБ, так как она не номенклатура болезней и отождествляет нозологические единицы с симптомами, причинами смерти, возводя их в нозологические единицы. В МКБ-9, например, в классе X "Болезни мочеполовой системы" есть рубрика 606 "Мужское бесплодие" (азоспермия, олигоспермия). Кто поставит его в качестве причины смерти? Такие примеры можно подобрать почти по всех классах статистической классификации. Но и причины смерти могут быть разными при одном и том же заболевании, что имеет принципиальное значение, так как предопределяет тактику лечения. Так, при гипертонической болезни (а точнее - первичной артериальной гипертензии) смерть может наступить от нарушения мозгового кровообращения - кровоизлияния, разрыва аорты или пневмонии: при брюшном тифе - от перитонита вследствие прободения брюшнотифозной язвы, менингита или пневмонии и т.д. Даже при инфаркте миокарда (шифр 410) смерть может наступить от разных причин, трактовка которых в соответствии с МКБ различными специалистами неодинакова и дает совпадение мнений только в 86,5% случаев [7]. Кроме того, нельзя ставить знак равенства между основным заболеванием и основной первоначальной причиной смерти, как это делают некоторые авторы, потому что есть и несмертельные заболевания (расстройства зрения, слуха, полидактилия и многое другое).

Основной причиной смерти следует считать важнейшее осложнение основного заболевания, которое либо само, либо через последующие, связанные с ним или обусловленные им осложнения, приводит к летальному исходу. Диагностика их не менее важна, чем основного заболевания, так как борьба с ними, успешное их лечение дает возможность продлить жизнь больного. Очень часто эти осложнения не диагностируются и при совпадении основных клинического и патологоанатомического диагнозов в статистическую разработку не попадают и не анализируются. Поэтому для изменения отношения к оценке случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при наличии важнейших (смертельных) осложнений, мы предложили единый критерий и назвали его "Ошибки диагностики со смертельным исходом" [9], куда включаются расхождения диагнозов по основному заболеванию, а при их совпадении - по недиагностированному важнейшему смертельному осложнению (сепсис, перитонит, пневмония и др.). Из сказанного следует, что "осложнения" являются второй рубрикой диагноза, следующей за основным заболеванием, куда вносятся те патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным заболеванием, хотя в ряде случаев могут иметь другую этиологию (например, гнойный менингит при гнойном отите, перитонит при перфоративной язве желудка и т.п.). И наконец третья рубрика диагноза "Сопутствующие заболевания", куда включаются болезни, не связанные непосредственно с основным заболеванием, не оказавшие влияния на его развитие и течение и не имеющие собственных осложнений (например, язвенная болезнь желудка вне обострения в случае смерти от инфаркта миокарда при коронарной артериальной ишемии (так называемой ИБС) или распространенный атеросклероз при смерти от онкозаболевания и т.д.). В случаях, когда смерть больного наступила не от основного заболевания и его осложнений, а от патологии медицинской деятельности (ПМД) - патомедергии (так называемой ятрогении), она ставится на место основного заболевания. Если ПМД закончилась тяжелыми осложнениями и (или) инвалидизацией,

она занимает место осложнения, а если без последствий - сопутствующего заболевания [10], то есть место ПМД в диагнозе определяет ее исход. При этом в каждой из рубрик диагноза она должна быть выделена аббревиатурой "ПМД" и через двоеточие расшифрована.

Таким образом, диагноз состоит из 3 рубрик: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания. Однако в современных условиях, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, часты одновременно два и более заболеваний, находящихся в сложных патогенетических взаимоотношениях и развивающихся независимо друг от друга. В такой ситуации бывает очень трудно, а порой и невозможно выделить одно основное. Такое положение нашло разрешение в рекомендациях МЗ СССР [8] путем введения в понятие "основное заболевание" таких определений, как конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания, комбинированное основное заболевание. Распределение в диагнозе обнаруженных заболеваний в соответствии с этими понятиями позволяет более четко представить их взаимосвязь и влияние друг на друга, а также значение каждого из них и их осложнений в генезе смерти, если случай закончился смертельным исходом. При этом можно с большей обоснованностью судить о целесообразности, направленности, полноценности и своевременности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Конкурирующими называются заболевания, обнаруженные у больного одновременно, каждое из которых в отдельности может быть причиной смерти. Например: рак легкого с метастазами в головной мозг и геморрагический инсульт при первичной артериальной гипертензии; язвенная болезнь с массивным кровотечением из язвы и инфаркт миокарда при стенозирующем атеросклерозе коронарных артерий и т.д.

Сочетанными называются заболевания, каждое из которых в отдельности практически не смертельно, но, развиваясь одновременно, эти заболевания могут стать причиной смерти. Например: паротит и фолликулярная ангина, атеросклероз аорты и перелом шейки бедра в пожилом возрасте и т.д.

Фоновыми называются заболевания, которые имели существенное неблагоприятное значение в патогенезе основного заболевания или обусловили тяжесть его течения и способствовали возникновению смертельных осложнений. Например: туберкулез на фоне хронического алкоголизма; атеросклероз артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета и т.д.

Чаще всего встречается так называемый бикаузальный генез заболевания и смерти, в котором фигурируют две нозологические единицы, вызывающие течение болезни более тяжелое, чем при одном (монокаузальном) варианте болезни. Хотя встречаются и полипатии - мультикаузальные варианты. Эти сочетания конкурирующих, сочетанных и основного и фонового заболеваний, в отличие от обычного, принято называть комбинированным основным заболеванием [11]. Комбинированное основное заболевание позволяет отразить все заболевания, которыми страдает больной, ибо к врачу, как говорил академик И.В. Давыдовский (1962), приходит не болезнь, а больной [12].

Довольно часто в историях болезни заключительный эпикриз в случаях смерти больного называется посмертным и заканчивается не заключительным, а "посмертным диагнозом". Клиницист называет его так потому, что пишет хоть и на основании обследования и наблюдения за больным, но после его смерти, и это ему кажется правильным. На наш взгляд, здесь кроется большая ошибка, так как посмертным называется диагноз, поставленный в терминальном периоде или после смерти больного на основании последних обследований и отличающийся от прижизненного клинического диагноза, не подкрепленный и не подтвержденный данными обследования и всего хода болезни. Так бывает, например, при абдоминальной форме инфаркта миокарда, который диагностируется при кардиогенном шоке с последующим летальным исходом. В эпикризе в данном случае правильным будет посмертный диагноз: "ИБС, инфаркт миокарда". Очень важно указание непосредственной причины смерти, которое клиницист может написать либо перед либо после заключительного диагноза, что даст возможность патологоанатому провести сопоставление. В отличие от истории болезни или протокола патологоанатомического исследования, диагноз в медицинском свидетельстве о причине смерти пишется иначе, что довольно часто дезориентирует врачей поликлинической сети, участковых больниц и домов-интернатов, которые в случае смерти пациента свой заключительный диагноз пишут лаконично и в той же последовательности, как в свидетельстве о смерти, забывая или не зная, что оно является основным документом для юридической регистрации причин смерти и источником изучения статистики смертности населения. Поэтому на первом месте в графе Ia пишется непосредственная причина смерти, а не вид смерти (сердечная, дыхательная недостаточность и т.д.), о чем мы говорили раньше. Например, кардиогенный шок при инфаркте миокарда, перитонит при перфоративном аппендиците и т.д., а инфаркт миокарда и аппендицит в этих случаях будут вписываться в графу Ib. Могут быть записаны все три графы: Ia - уремия, Ib - острая задержка мочеиспускания, Iv - аденоматозная гиперплазия предстательной железы. При наличии конкурирующего, сочетанного фонового или сопутствующего заболевания они вписываются в графу II диагноза свидетельства о смерти.

#### Варианты диагнозов

Одно основное заболевание	Два основных заболевания (комбинированное основное заболевание)	Полипатии
Основное заболевание: Осложнения: Сопутствующие заболевания: Непосредственная причина смерти:	I вариант Конкурирующие заболевания: II вариант Сочетанные заболевания: III вариант 1. Основное заболевание: 2. Фон: Осложнения: Сопутствующие заболевания: Непосредственная причина смерти:	I вариант Этиологически и патогенетически связанные несколько болезней (семейство болезней) II вариант Случайные сочетания нескольких заболеваний (ассоциация болезней) Осложнения: Непосредственная причина смерти:

Таким образом, правильно написанный диагноз в свидетельстве о смерти, амбулаторной карте, истории болезни, протоколе патологоанатомического исследования позволяет проводить сличение прижизненных диагнозов (поликлинического и стационарного, а в случаях смерти - поликлинического и патологоанатомического, стационарного и патологоанатомического), анализировать качество диагностики и лечения, выявлять врачебные ошибки, повышать достоверность медицинской статистики заболеваемости и причин смерти, в чем заинтересованы все - и клиницисты, и организаторы здравоохранения, и страховые компании, и патологоанатомы.

## Литература

1. Шмурун РИ. О построении патологоанатомического диагноза. Арх патол 1982; (1): 85-8.
  2. Шмурун РИ. Организация вскрытий умерших нестационарных больных в сельском регионе и оценка качества прижизненной диагностики. Тр Лен науч об-ва "Патанат" 1990: 82-6.
  3. Шмурун РИ. Некоторые данные по оценке онкологической помощи и качества клинической диагностики в условиях центральной районной и районной больниц. Вопр онкол 1992; 5: 623-8.
  4. Шмурун РИ. Об ошибках поликлинической и клинической диагностики с точки зрения практического врача-патологоанатома. Клини мед 1995, (5): 79-81.
  5. Померанцев ВН., Копалова СМ. Ошибочный диагноз: причины, последствия, пути предупреждения. Клини мед 1993; (1): 41-3.
  6. Вайль СС. Современные задачи и методы совместной работы патологоанатома с клиницистом. Клини мед 1970; (8): 37-41
  7. Шмурун РИ. О логике врачебного мышления, построении диагноза и ошибках диагностики. Врач 1993; (11): 41-5.
  8. Методические рекомендации по проведению клинко-патолого-анатомических конференций. М. 1972.
  9. Шмурун РИ. Формулировка диагноза и анализ качества клинической диагностики. Журн неврол и психиатр 1985; (12): 1873-4.
  10. Шмурун РИ. Патология медицинской деятельности: терминология, классификация, место в диагнозе. Terra Medica nova 1998; (2): 40-4.
  11. Автандилов ГГ. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатома. Арх патол 1971; (2): 66-9.
  12. Давыдовский ИВ. Проблемы причинности в медицине (этиология). М: Медгиз. 1962.
-