

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.1/.9-07:614.25

Пузин С.Н.¹, Шургая М.А.¹, Меметов С.С.², Шевченко С.Б.³, Смольников Е.В.³,
Гончарова О.В.³

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва, Россия;

²ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону, Россия;

³ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия

Эффективность врачебной деятельности определяет точный, достоверный диагноз. В связи с этим клинический диагноз не может быть только перечнем выявленных у больного нозологических единиц, осложнений, симптомов и должен наиболее полно отражать все патологические изменения. После прочтения диагноза должна быть четко ясна суть болезненного состояния. В статье освещаются основные принципы формирования диагноза, структура диагноза (основное заболевание, осложнения, сопутствующая, сочетанная и конкурирующая патология, фоновое заболевание), требования к его оформлению. Грамотно сформированный диагноз является основой клинико-экспертного заключения, определения эффективной терапии и адекватных имеющейся патологии методов реабилитации. Полнота формирования структуры диагноза – условие достижения унифицированности, необходимой для правильного статистического учета заболеваемости и инвалидности граждан.

Ключевые слова: *диагноз; структура; формирование диагноза.*

Для цитирования: Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Шевченко С.Б., Смольников Е.В., Гончарова О.В. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2017; 20 (1): 46–49. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-46-49>

Для корреспонденции: Шургая Марина Арсеньевна, канд. мед. наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. E-mail: daremar@mail.ru.

Puzin S.N.¹, Shurgaya M.A.¹, Memetov S.S.², Shevchenko S.B.³, Smol'nikov E.V.³, Goncharova O.V.³

PRINCIPLES OF FORMATION OF MEDICAL CONCLUSION. CLINICAL DIAGNOSIS

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, 125993, Russian Federation;

²Rostov State Medical University, Rostov-On-Don, 344022, Russian Federation;

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

The effectiveness of medical practice determines the precise, reliable diagnosis. In this regard, the clinical diagnosis cannot be identified only from the list of patient disease entities, complications, symptoms, and it should reflect all lesions most fully. After reading of the diagnosis the essence of the disease state should be clearly understood. The article covers basic principles of the diagnosis, the diagnosis of the structure (underlying disease, complications, accompanying, concomitant and competing pathology of the underlying diseases), requirements for its registration. Properly formed the basis of the diagnosis is the clinical and expert opinion, the definition of the effective therapy and adequate rehabilitation methods of the existing pathology. Completeness of the shaping of the structure of the diagnosis is the condition for achieving of the commonality needed for the proper keeping track of the statistical morbidity and disability rate of citizens.

Key words: *diagnosis; structure; diagnosis formation.*

For citation: Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S., Shevchenko S.B., Smol'nikov E.V., Goncharova O.V. Principles of formation of medical conclusion. Clinical diagnosis.

Mediko-sotsyl'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal). 2017; 20(1): 46–49. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-46-49>

For correspondence: Marina A. Shurgaya, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Geriatrics and Medical and Social Expertise, Moscow, 123995, Russian Federation. E-mail: daremar@mail.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 29 December 2016

Accepted 24 January 2017

Диагноз – это отношение врача к причинам заболевания, проявлениям болезни и дальнейшему ее течению.

С.П. Боткин

Диагноз (от греч. diagnosis – распознавание: dia – врозь, gnosis – знание) – заключение о состоянии пациента и закономерностях течения заболевания, сформулированное принятой медицинской терминологией. В завершённом виде в диагнозе определяется взаимосвязь между тремя составляющими [1, 2]:

Причина → Болезнь → Симптомы

В ходе диагностического процесса проводится анализ большого комплекса показателей функционирования органов и систем [3–5]. Общий план обследования больного можно разделить на три основных этапа [6]:

- этап обследования больного, в который входят расспрос (жалобы, анамнез заболевания и жизни) и физикальные методы исследования, дополненные в ряде случаев некоторыми простыми, но информативными инструментальными и лабораторными исследованиями;
- этап углубленного лабораторного и инструментального клинического исследования, включающего по мере необходимости специальные методы исследования;
- этап последовательных и повторных исследований в течение клинического наблюдения и лечения больного.

Поэтапное обследование больного, как правило, позволяет уточнять и формировать *поэтапный диагноз* (см. схему на рис.). На основании данных расспроса формируется *первичная диагностическая гипотеза* (рабочая гипотеза).

На основании собранного анамнеза и объективно-го обследования устанавливается *предварительный диагноз*, который должен быть подтвержден результатами проводимых исследований (эвристический подход). При положительных диагностических тестах

диагноз принимают, при отсутствии таковых проводят обсуждение альтернативных версий, формируется новая диагностическая гипотеза. После уточнения предварительного диагноза формируется *клинический диагноз*. Согласно принятым правилам, клинический диагноз должен быть выставлен не позднее чем через три дня от момента поступления больного в стационар. В диагностически сложных случаях, когда требуется наблюдение в динамике за течением заболевания и углубление диагностических исследований, пользуются *синдромологическим («рабочим») диагнозом*, который в последующем сменяется нозологическим диагнозом.

При верификации заключительного диагноза в соответствии с принятыми классификационными подходами *четко формулируются нозология*, ее характер и тяжесть течения, степень выраженности нарушения функции пораженного органа (или органов), осложнения, сопутствующие заболевания. На этапе установления заключительного диагноза могут определяться несколько болезней, которые находятся в различных сочетаниях и комбинациях между собой. Формулирование заключительного диагноза в этих диагностических ситуациях предусматривает определение *основного, конкурирующего, сочетанного, фоновых, сопутствующих заболеваний, а также их осложнений*.

Полный заключительный нозологический диагноз включает максимальную и достаточную информацию, характеризующую заболевание пациента. По возможности в диагнозе отражается информация об этиологии, патогенезе, а также морфологической сущности заболевания и его прогнозе [1, 2, 6].

Диагностический и лечебный процессы представляют собой диалектическое единство. В связи с этим клинический диагноз не может быть только перечнем выявленных у больного нозологических единиц, осложнений, симптомов, он должен наиболее полно отражать все патологические изменения и соответствовать следующим принципам:

– *нозологическому*: клинический диагноз любого заболевания должен быть сформулирован в рамках единой статистической классификации, чтобы облегчить статистическое изучение патологических явлений и состояний. В настоящее время такой классификацией является Международная классификация болезней X пересмотра;

– *интранозологическому*: уточнение формы, типа, стадии, активности, тяжести, степени нарушения функции;

– *патогенетическому*: отражение последовательности развития патологических процессов и заболеваний, тесноты их взаимосвязи, особенностей их проявлений и последствий;

– *динамическому*: отражение изменений в течении заболевания и его лечении;

– *структурному*: оформление диагноза с учетом патогенеза заболевания, отражения последовательности, подчиненности процессов, особенностей их взаимодействия.

Требования, предъявляемые к оформлению диагноза:

- диагноз должен быть правильным и точно отражающим *суть заболевания* (достоверным);

Этапы диагностического процесса

Первичная диагностическая гипотеза ↓	Формируется на основании расспроса
Предварительный диагноз ↓	Устанавливается на основании расспроса и объективных данных
Клинический развернутый диагноз ↓	Устанавливается на основании клинической картины и лабораторно-инструментальных данных (наиболее доступных)
Заключительный диагноз	Определяется после полного обследования больного (обоснование диагноза специальными высокоинформативными диагностическими методами)

Рис. Этапы диагностического процесса.

- своевременным (ранним), обеспечивающим адекватность лечения и эффективность предупреждения осложнений;
- полным (завершенным), включающим основную, ведущую патологию, ее осложнения, а также сопутствующие заболевания, которые оказывают негативное влияние на течение основного заболевания. Не рекомендуется использовать в диагнозе *аббревиатуры и сокращения*. При написании диагноза рекомендуется использовать арабские цифры для обозначения степени патологического процесса, а римские – стадии заболевания. Однако какой-либо строгой регламентации в этом отношении нет.

Структура диагноза

Клинический диагноз, выставляемый больному, четко сформулирован и включает следующие разделы, излагаемые в строгой последовательности:

- основное заболевание (простое или комбинированное);
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие заболевания.

При оформлении диагноза прежде всего необходимо определить и выделить основное, ведущее заболевание [1, 2, 6]. *Основным является диагноз болезни:*

- 1) которая является более тяжелой и опасной в отношении сохранения жизни, трудоспособности и прогноза;
- 2) заставила больного обратиться к врачу за медицинской помощью (амбулаторной или стационарной) и по поводу которой в течение данного эпизода медицинской помощи главным образом проводятся лечебные и диагностические процедуры, а в случае неблагоприятного исхода является причиной смерти;
- 3) лечение которой является главной, определяющей задачей врача.

При формулировке *основного диагноза* нужно указать нозологическую единицу болезни и ее этиологию, патогенез, морфологический субстрат болезни, характер и степень функциональных расстройств, стадию заболевания, фазу патологического процесса (обострение или ремиссия) в случае хронического заболевания.

При определении нозологической принадлежности следует иметь в виду, что каждая болезнь несет в себе как причину, так и возможные следствия (осложнения), которые реализуются только в определенных условиях.

Необходимо также выделить осложнения основного заболевания, если они есть.

Осложнение патогенетически тесно связано с основным заболеванием и является следствием патофизиологических изменений, происходящих в организме в результате действия основного патологического фактора. Осложнение свидетельствует о неблагоприятном течении болезни и может явиться причиной смерти. Осложнение, явившееся непосредственной причиной смерти, в диагнозе указывается последним.

К сопутствующему диагнозу относят заболевания, обнаруживаемые у больного параллельно с основным, но с ним патогенетически не связанные.

Сопутствующие заболевания по остроте и тяжести состояния имеют второстепенное значение и не играют решающей роли в генезе смерти. Они обычно возникают задолго до основного и часто расцениваются как фоновые заболевания. Необходимо иметь в виду, что сопутствующие заболевания могут оказывать негативное влияние на течение основного заболевания, часто отягощая его, следовательно, это обстоятельство необходимо учитывать для своевременного определения полного диагноза (*пример 1*).

Пример 1.

Развернутый (полный) клинический диагноз

Основной диагноз: ИБС: острый Q-образующий инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка от 23.06.2015 г.

Осложнения: острая левожелудочковая недостаточность от 23.06.2015 г., класс II по Killip.

Сопутствующий диагноз: круглогодичный аллергический ринит легкой степени тяжести, в стадии обострения.

В некоторых случаях, чаще всего у лиц пожилого и старческого возраста, у которых имеется несколько болезней, находящихся между собой в различных сочетаниях, на место основного диагноза выставляются заболевания, которые комбинируются с другими и в одинаковой степени считаются опасными в отношении исхода и прогноза заболевания (*пример 2*).

Пример 2.

Вариант конкурирующих болезней, каждая из которых может привести больного к смерти

Основное заболевание: ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка от 13.02.2016 г.

Конкурирующее заболевание: рак поджелудочной железы 4b стадии, T₄, N₂, M₁.

Вариант сочетанных заболеваний, которые в отличие от конкурирующих заболеваний не являются смертельными, однако, развиваясь одновременно, могут приводить через развитие общих осложнений к смертельному исходу (*пример 3*).

Пример 3.

Вариант сочетанных заболеваний

Основное заболевание: острый абсцесс нижней доли правого легкого.

Сочетанное заболевание: сахарный диабет 2-го типа, в стадии декомпенсации (целевой HbA_{1c} 15%).

Осложнения: сепсис, септикопиемия: апостематозный нефрит, множественные абсцессы миокарда.

В данной диагностической ситуации сахарный диабет можно рассматривать и как фоновое заболевание, способствующее развитию основной болезни.

К фоновым заболеваниям относят нозологические единицы, способствующие развитию основной болезни, неблагоприятно влияющие на ее течение и повышающие риск присоединения смертельных осложнений (*примеры 4 и 5*). В качестве фоновых заболеваний часто выступают *артериальная гипертония, вторичная гипертония* и вызвавшие ее заболевания, *атеросклероз при цереброваскулярных поражениях и инфаркте миокарда, сахарный диабет, цирроз пече-*

ни, хронический алкоголизм при туберкулезе и нагноительных процессах, общее ожирение при атеросклерозе и желчнокаменной болезни, хронические воспалительные процессы и доброкачественные опухоли.

Пример 4.

Клинический диагноз с выделением фонового заболевания

Основное заболевание: рак печени T₃, N₁, M₀, IIb стадия.

Фоновое заболевание: цирроз печени вирусный (НСV), класс В.

Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, обострение.

Пример 5.

Клинический диагноз с выделением фонового заболевания

Основное заболевание: кавернозный туберкулез правого легкого.

Осложнения: дыхательная недостаточность II ст.

Фоновое заболевание: хронический алкоголизм.

Сопутствующее заболевание: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

После прочтения диагноза должна быть четко ясна суть болезненного состояния. Медицинский диагноз имеет важное значение не только в процессе оказания медицинской помощи и лечения, но и при направлении больного на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Диагноз должен соответствовать следующим требованиям:

- быть правильным и точно отражающим суть заболевания (достоверным);
- своевременным (ранним), обеспечивающим адекватность лечения и эффективность предупреждения осложнений;
- полным (завершенным), включающим основную, ведущую патологию, ее осложнения, а также сопутствующие заболевания, которые оказывают негативное влияние на течение основной патологии. Не рекомендуется использовать в диагнозе аббревиатуры и сокращения. Рекомендуется при написании диагноза использовать арабские цифры для обозначения степени патологического процесса, а римские – стадии заболевания [7–9]. Однако какой-либо строгой регламентации в этом отношении нет (пример б).

Пример 6.

Клинические диагнозы с цифровыми обозначениями степени нарушения функции и выраженности стадии патологического процесса

- ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии, степень АГ 3, достигнутая степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).
 - Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Ожирение II ст. (абдоминальный тип). Нарушение толерантности к глюкозе.
 - Феохромоцитома правого надпочечника. АГ 3-й степени. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).
- Грамотно сформулированный диагноз позволяет

формировать клинико-экспертное заключение для проведения эффективной терапии и адекватных имеющейся патологии методов реабилитации. Полнота формирования структуры диагноза является также условием достижения унифицированности, необходимой для правильного статистического учета заболеваемости и инвалидности граждан.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификация: Практическое руководство* / Под ред. И.Н. Денисова, С.Г. Гороховой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
2. Меньков Н.В., Костина В.В., Макарова Е.В. *Обследование больного в терапевтической клинике: Учебное пособие*. 3-е изд. Н. Новгород; 2006.
3. Ачкасов Е.Е., Пузин С.Н., Богова О.Т., Лисицкий Д.А., Таламбум Е.А., Руненко С.Д. и др. Редкое клиническое наблюдение длительного занятия спортом с постоянным электрокардиостимулятором. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2013; (1): 23–6.
4. Безуглов Э.Н., Каннер Д.Ю. Синдром паховой боли у спортсменов: этиология, диагностика, лечение. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2015; (4): 83–8.
5. Ахмерова К.Ш., Ачкасов Е.Е., Выходец И.Т., Курашвили В.А., Машковский Е.В. Медицинский контроль за здоровьем юных атлетов в США. *Спортивная медицина: наука и практика*. 2014; (4): 116–23.
6. Богатырев В.Г. *Основы медицинской диагностики внутренних болезней* / Под общ. ред. А.В. Ткачева. Ростов н/Д: Феникс; 2005.
7. Джерелей Б.Н., Джерелей О.Б., Мухин И.В. *Как поставить диагноз*. М.: АСТ; Донецк: Сталкер; 2006.
8. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2013; 34: 2159–219. doi: 10.1093/eurheartj/eh151
9. *Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца: Клинические рекомендации*. М.; 2013.

REFERENCES

1. *The Diagnosis of Cardiovascular Diseases. The Wording of the Classification: A Practical Guide* / Eds I.N. Denisov, S.G. Gorokhova. Moscow: GEOTAR-Media; 2006. (in Russian)
2. Men'kov N.V., Kostin V.V., Makarov E.V. *Examination of the Patient in a Therapeutic Clinic: Textbook*. 3rd Ed. Nizhny Novgorod; 2006. (in Russian)
3. Achkasov E.E., Puzin S.N., Bogova O.T., Lisitskiy D.A., Talambum E.A., Runenko S.D. et al. Rare clinical case prolonged exercise with permanent pacemaker. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2013; (1): 23–6. (in Russian)
4. Bezuglov E.N., Kanner D.Yu. The syndrome of groin pain in athletes: aetiology, diagnosis, treatment. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2015; (4): 83–8. (in Russian)
5. Akhmerova K.S., Achkasov E.E., Vykhodets I.T., Kurashvili W.A., Mashkovskiy E.V. Medical monitoring of young athletes in the United States. *Sportivnaya meditsina: nauka i praktika*. 2014; (4): 116–23. (in Russian)
6. Bogatyrev V.G. *Essentials of Medical Diagnosis of Internal Diseases*. Rostov-on-Don: Feniks; 2005. (in Russian)
7. Dzhereley B.N., Dzhereley O.B., Mukhin I.V. *How to Diagnose*. Moscow: AST; Donetsk: Stalker; 2006. (in Russian)
8. The 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2013; 34: 2159–219. doi: 10.1093/eurheartj/eh151
9. *Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Ischemic Disease: Clinical Guidelines*. Moscow; 2013. (in Russian)