

## СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ В НЕВРОЛОГИИ

Гомельский государственный медицинский университет

В период огромного потока информации дальнейшее развитие теоретической и практической медицины невозможно без соблюдения общепринятых международных критериев, определяющих унифицированный подход к вопросам номенклатуры, классификации, терминологической сущности заболеваний, травм и причин смерти [1].

Вопросам формулирования диагнозов с учетом клинической и патоморфологической сущности при переходе на Международную классификацию болезней десятого пересмотра (МКБ-10) в настоящее время уделяется недостаточное внимание. В результате возникают значительные разночтения при постановке заключительного диагноза после вскрытия. В связи с этим особую актуальность приобретает пересмотр и дальнейшая методологическая разработка общей теории диагноза и основных медицинских понятий, таких как «основное заболевание», «основной комбинированный диагноз», «осложнение основного заболевания», «сопутствующие заболевания» [2]. Не менее важным является также современная трактовка диагноза, определение такого понятия, как «основная причина смерти», которое врачами, работающими непосредственно с пациентами в клинике, порой трактуется неправильно и вызывает дискуссии как на клинико-патологоанатомических конференциях, так и в медицинской печати.

Целью настоящей публикации является усовершенствование и унификация подходов к формированию заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов применительно к требованиям клинической неврологии с учетом стандартных рубрик МКБ-10, опре-

деления диагностических критериев основных нозологических форм.

### Материал и методы

Материалом служил ретроспективный анализ сопоставления клинических диагнозов и патологоанатомических заключений Патологоанатомического бюро Управления здравоохранения Гомельского облисполкома за 2003—2004 гг.

### Результаты и обсуждение

При составлении заключительного клинического диагноза необходимо учитывать требование МКБ-10 о выделении заболевания, которое само или через связанное с ним осложнение привело больного к смерти. Это же требование распространяется и на патологоанатомический диагноз, так как основная задача патологоанатомического аутопсийного исследования — определение первоначальной причины смерти (основное заболевание, травма) и непосредственной ее причины (смертельное осложнение).

МКБ-10 определяется как система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или в регионах и в разное время. МКБ используют для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и травм, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

«Сердцевиной» МКБ-10 является трехзначный код, который служит обязательным уровнем кодирования данных о смертности для международной отчетности и сравнений. Четырехзначные подрубрики, хотя и не являются обязательными для отчетов на международном уровне, составляют неотъемлемую часть МКБ, как и специальные перечни для статистических разработок.

Существуют 2 основные группы классификаций. В 1-ю группу входят классификации, основанные на диагнозе, во 2-ю — охватывающие аспекты, включающие различные параметры нарушения здоровья, которые не вписываются в формальные диагнозы известных в настоящее время состояний, а также другие классификации, касающиеся медицинской помощи. Эта группа объединяет классификации инвалидности, медицинских и хирургических процедур и причин обращения в лечебно-учреждения.

Другой, не менее важной публикацией, связанной с МКБ-10, но не вытекающей из нее, является Международная номенклатура болезней (МНБ). В 1970 г. Совет международных медицинских научных организаций начал подготовку МНБ при содействии организаций-членов этого совета. Главная цель МНБ — дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название. Основными критериями выбора конкретного названия должны быть: специфичность (применяемость к одной и только одной болезни), однозначность, чтобы название, насколько это возможно, само указывало на суть болезни, а также по возможности максимальная простота. Кроме того, номенклатура должна учитывать, насколько это возможно, название болезни, которое должно быть основано на ее причине. Вместе с тем многие широко распространенные формулировки, которые не полностью отвечают приведенным выше критериям, сохранены как синонимы при условии, что они не являются неправильными и не противостоят рекомендациям международных специализированных организаций.

По возможности терминологии МНБ было отдано предпочтение при составлении МКБ. Классификация — это метод обобщения. Статистическая классификация болезней ограничивается определенным числом взаимоисключающих рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Рубрики выбраны таким образом, чтобы облегчить статистическое изучение заболеваний. Конкретная болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, представлена отдельной рубрикой, при этом каждая болезнь или патологическое состояние занимают строго определенное место в перечне рубрик.

Таким образом, на протяжении всей классификации предусмотрены рубрики для отдельных и смешанных состояний, которые не могут быть включены в какие-либо конкретные рубрики. Число состояний, отнесенных к смешанным рубрикам, является минимальным. Именно этот элемент группировки отличает статистическую классификацию от номенклатуры болезней, которая имеет отдельное заглавие для каждой известной болезни. Однако концепции классификаций и номенклатуры тесно связаны, поскольку номенклатура часто бывает организована по системному принципу.

Эффективное и адекватное применение МКБ-10 для кодирования причин летальности неразрывно связано с правильным оформлением заключительного диагноза и врачебного свидетельства о смерти. Только обоснованно сформулированный диагноз является залогом адекватного оформления и кодирования свидетельства о смерти. В связи с этим необходимо подробнее остановиться на правилах формулирования диагноза, особенно в такой социально значимой отрасли медицины, как неврология.

Правила формирования патологоанатомического диагноза и заключительного клинического (в случаях летальных исходов) являются едиными. Выделяют в структуре

диагноза основное заболевание, осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания.

Основным заболеванием может являться только нозологическая единица либо синдром, приравненный к нозологии. Основным называют заболевание, которое само по себе или через свои осложнения привело больного к неблагоприятному исходу (хронизация процесса, инвалидизация, летальный исход) [1, 2].

Основной диагноз может быть простым, когда в качестве основного заболевания выставляется одна какая-то нозология (монокаузальный диагноз) или комбинированным. Существуют 3 формы основного комбинированного диагноза, когда учитывается:

- основное и фоновое заболевания;
- сочетанные заболевания;
- конкурирующие заболевания.

В последние десятилетия на вопросы формулирования диагноза большое влияние стали оказывать социальные факторы. Появился своеобразный социальный заказ, отраженный в МКБ и МНБ, сформированы новые нозологические единицы, имеющие яркую «социальную окраску», такие как ИБС и цереброваскулярные патологии. В настоящее время принято всегда выставлять в качестве основных цереброваскулярные заболевания в связи с особой социальной значимостью данных болезней, а также с тем, что они являются ведущими причинами смерти населения.

Фоновым называют состояние, которое способствует развитию, утяжелению течения и возникновению смертельных осложнений заболевания, поставленного во главе диагноза. В подавляющем большинстве случаев фоновая и стоящая во главе диагноза патологии находятся в тесной патогенетической связи. В целом такой подход, даже нарушающий привычную патогенетическую цепь, оправдан. При этом диагноз даже усиливается, так как в разделе основного заболевания фигурируют и основная (непосредственная) причина смерти, и нозологическая форма, которая этому способствовала.

В этой же связи необходимо упомянуть и еще о нескольких важных моментах. Очень часто в качестве фоновых заболеваний фигурируют эссенциальная артериальная гипертензия и сахарный диабет. При применении МКБ-10 в неврологической практике в случаях смерти от цереброваскулярных болезней необходимо применять двойное факультативное кодирование при наличии в качестве фонового заболевания эссенциальной гипертензии.

Приведем пример.

Основное: внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга (I 61.3 — I 11.0).

Фоновое: эссенциальная артериальная гипертензия, стадия вторичных изменений в органах в связи с изменением артерий и нарушением внутриорганного кровообращения.

Сочетанные заболевания — это патологии, каждая из которых в отдельности не могла привести к летальному исходу, но в сочетании они приводят к фатальному финалу.

Приведем пример сочетанного заболевания.

В неврологической и общетерапевтической практике нередки случаи, когда больные пожилого возраста при случайном падении ломают шейку бедра и через несколько дней, будучи на скелетном вытяжении, умирают от гипостатической пневмонии. Как правило, у этих пациентов имеются проявления генерализованного

атеросклероза, при котором явления атеросклероза сосудов головного мозга могут преобладать в плане клинических проявлений. Имеющиеся компенсированные или субкомпенсированные явления хронической недостаточности кровообращения, которые сами по себе без застойных явлений в легких вследствие гиподинамии, вынужденного положения, связанного с переломом, к смерти привести не могут, в сочетании формируют почечный круг. В данном случае диагноз формулируется следующим образом.

Основной комбинированный диагноз с учетом сочетанных заболеваний: генерализованный атеросклероз с преобладающим поражением артерий головного мозга (I70.0); закрытый медиальный перелом шейки правого бедра.

Осложнение: гипостатическая пневмония.

Важно отметить, что при данной формулировке совершенно неважно, какое из заболеваний стоит первым, а какое — вторым, так как оба они основные.

К конкурирующим относят заболевания, каждое из которых может привести к неблагоприятному исходу. В данном случае одно из них идет в рубрике «основного» и выставляется первым, а другое — «конкурирующего» и стоит на втором месте среди конкурирующих заболеваний в случае, если возможна такая градация.

Например, основной диагноз: внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга (I 61.3).

Конкурирующий: аденокарцинома желудка с метастазами в печень и яичники.

Если нет возможности расстановки конкурирующих заболеваний в порядке, определяемом по признаку наибольшей вероятности смертельного исхода, то совершенно неважно, какая из нозологий указана первой, а какая второй.

Например, основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания:

Крупозная тотальная двусторонняя пневмония в стадии серой гепатизации; внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга (I 61.3).

Приведенные примеры не отличаются клиническим разнообразием, однако в полной мере отражают необходимые подходы при трактовке причин смерти и формулировании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в неврологической практике.

В то же время следует остановиться на наиболее ярких примерах расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в различных клиниках.

1. Основной заключительный клинический диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Основной патологоанатомический диагноз: гипоплазия правой почки, хроническая почечная недостаточность, энцефалопатия.

2. Основной заключительный клинический диагноз: хронический алкоголизм, алкогольная энцефалопатия.

Основной патологоанатомический диагноз: внутречерепное кровоизлияние в ствол головного мозга.

3. Основной заключительный клинический диагноз: инфаркт головного мозга в правой гемисфере.

Основной патологоанатомический диагноз: повторный трансмуральный инфаркт миокарда в области передней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки и верхушки сердца.

4. Основной заключительный клинический диагноз: карцинома легких с метастазом в ткань головного мозга.

Основной патологоанатомический диагноз, конкурирующие заболевания: внутримозговое кровоизлияние в область мозжечка, крупноочаговый субэндокардиальный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка сердца.

5. Основной заключительный клинический диагноз: кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга в результате разрыва ветви левой средней мозговой артерии на фоне эссенциальной гипертензии.

Основной патологоанатомический диагноз, конкурирующие заболевания: кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга в результате разрыва ветви левой средней мозговой артерии. Злокачественная астроцитома в левой гемисфере головного мозга.

6. Основной заключительный клинический диагноз: ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии.

Основной заключительный комбинированный патологоанатомический диагноз: инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии; первичная дилатационная кардиомиопатия с пристеночным тромбом в полости левого желудочка сердца.

7. Основной заключительный клинический диагноз: кровоизлияние в правой гемисфере головного мозга.

Основной патологоанатомический диагноз: феохромоцитомы правого надпочечника.

8. Основной заключительный клинический диагноз: инфаркт головного мозга в левой гемисфере.

Основной патологоанатомический диагноз: узелковый полиартерит с преимущественным поражением сосудов головного мозга и сердца.

Таким образом, в неврологической практике врачам-специалистам приходится сталкиваться с самой разнообразной патологией, которая требует современных подходов в диагностике и лечении пациентов, как правило, имеющих не одно, а несколько заболеваний, каждое из которых может привести к летальному исходу. Это требует глубоких знаний не только по неврологии, реаниматологии, кардиологии, но и владения основами эндокринологии, нефрологии и других смежных специальностей.

Авторы надеются, что данная публикация положит начало профессиональному и ответственному обсуждению этой проблемы в кругах медицинской общественности республики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. // *Клинич. мед.* — 1985. — N 7. — С. 15—21.
2. *Международная классификация болезней МКБ-10. Краткий вариант, основанный на Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (в трех частях).* — М., 1999.

Поступила 04.03.05.

## STRUCTURE OF CLINICAL AND PATHOLOGOANATOMIC DIAGNOSES IN NEUROLOGY

V. Y. Latysheva, A. A. Golubev

*The paper provides with the main outlines for formulating of clinical and pathologoanatomic diagnoses in accordance with ICD-10 aiming at their perfection and unification. The paper characterizes the main background, competing diagnosis as concerns combined diseases.*