

## Корректная формулировка диагноза у пациента с хронической сердечной недостаточностью: реальность или несбыточная мечта?

Калюжин В.В.<sup>1</sup>, Тепляков А.Т.<sup>2</sup>, Беспалова И.Д.<sup>1</sup>, Калюжина Е.В.<sup>1</sup>, Останко В.Л.<sup>1</sup>, Терентьева Н.Н.<sup>3</sup>, Лившиц И.К.<sup>1</sup>, Шаловой А.А.<sup>1</sup>, Сибирева О.Ф.<sup>1</sup>, Соловцов М.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)  
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт кардиологии (НИИ кардиологии), Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук  
Россия, 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111

<sup>3</sup> Сургутский государственный университет (СурГУ)  
Россия, 628412, г. Сургут, пр. Ленина, 1

<sup>4</sup> Томская областная клиническая больница (ТОКБ)  
Россия, 634063, г. Томск, ул. И. Черных, 9б

### РЕЗЮМЕ

Проанализирована проблема унификации формулировки диагноза у пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Корень проблемной ситуации, в которой находятся практические врачи, кроется в том, что несмотря на большое количество различных регламентирующих документов, нет единого мнения относительно того, что считать правильным, а что неправильным при формулировке диагностического заключения у пациента с ХСН. Многоликий синдром обозначают по-разному: ХСН, застойная сердечная недостаточность, хроническая недостаточность кровообращения. Сложности есть при определении стадии ХСН у пациентов, получающих оптимальную медикаментозную терапию или находящихся в состоянии компенсации после успешной хирургической коррекции. При оценке функционального статуса у пациента с ХСН следует учитывать отчетливый субъективизм в определении того, какое ограничение физической активности является небольшим или, наоборот, значительным, а также того, какая нагрузка является привычной для больного. Данный субъективизм закономерно приводит к низкой воспроизводимости результатов оценки функционального класса ХСН у одного и того же пациента разными врачами. ХСН необходимо классифицировать и в зависимости от значения фракции выброса левого желудочка. В диагнозе следует приветствовать и характеристику состояния диастолической функции левого желудочка (особенно у пациентов с ХСН и сохраненной фракцией выброса). В лекции приведены примеры диагностических заключений, в том числе при коморбидной патологии.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, классификация, стадия, функциональный класс, левый желудочек, фракция выброса, диастолическая функция, хроническое легочное сердце, тест 6-минутной ходьбы, диагностическое заключение.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

**Для цитирования:** Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Беспалова И.Д., Калюжина Е.В., Останко В.Л., Терентьева Н.Н., Лившиц И.К., Шаловой А.А., Сибирева О.Ф., Соловцов М.А. Корректная формулировка диагноза у пациента с хронической сердечной недостаточностью: реальность или несбыточная мечта? *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (3): 128–136. <https://doi.org/ 10.20538/1682-0363-2020-3-128-136>.

## Correct diagnostic conclusion in patients with chronic heart failure: a reality or a pipe dream?

Kalyuzhin V.V.<sup>1</sup>, Teplyakov A.T.<sup>2</sup>, Bepalova I.D.<sup>1</sup>, Kalyuzhina E.V.<sup>1</sup>, Ostanko V.L.<sup>1</sup>, Terentyeva N.N.<sup>3</sup>, Livshits I.K.<sup>1</sup>, Shalovay A.A.<sup>1</sup>, Sibireva O.F.<sup>1</sup>, Solovtsov M.A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Siberian State Medical University  
2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation

<sup>2</sup> Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
111a, Kievskaya Str., Tomsk, 634012, Russian Federation

<sup>3</sup> Surgut State University  
1, Lenina Av., Surgut, 628412, Russian Federation

<sup>4</sup> Tomsk Regional Clinical Hospital  
96, I. Chernyh Str., Tomsk, 634063, Russian Federation

### ABSTRACT

The authors of this article have analyzed the problem of diagnostic conclusion unification in patients with chronic heart failure (CHF). The root of this problematic situation in which practitioners find themselves is that, despite the large number of different regulatory documents, there is no consensus on what is considered correct and what is wrong when formulating a diagnostic conclusion in a patient with CHF. The many-faced syndrome is designated differently: CHF, congestive heart failure, chronic circulatory failure. There are difficulties in determining the stage of CHF in patients receiving optimal drug therapy or in those who are in a state of compensation after a successful surgical correction. When assessing the functional status in a patient with CHF, a distinct subjectivity should be taken into account in determining which limited physical activity is slight or, conversely, marked, as well as what kind of physical exertion is normal for the patient. This subjectivity naturally leads to low reproducibility of the assessment results of the CHF functional class in the same patient by different doctors. CHF should also be classified according to the value of a left ventricular ejection fraction. The diagnosis should also take into account the state characteristics of a diastolic function of the left ventricle (especially in patients with CHF and preserved left ventricular ejection fraction). The authors give examples of diagnostic conclusions, including cases of comorbid pathology.

**Key words:** chronic heart failure, classification, stage, functional class, left ventricle, ejection fraction, diastolic function, chronic cor pulmonale, 6-minute walk test, diagnostic conclusion.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

**Source of financing.** The authors claim there is no funding for the study.

**For citation:** Kalyuzhin V.V., Teplyakov A.T., Bepalova I.D., Kalyuzhina E.V., Ostanko V.L., Terentyeva N.N., Livshits I.K., Shalovay A.A., Sibireva O.F., Solovtsov M.A. Correct diagnostic conclusion in patients with chronic heart failure: a reality or a pipe dream? *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020; 19 (3): 128–136. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-3-128-136>.

### ВВЕДЕНИЕ

Диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН) пусть и не является прикроватной, но обычно с ее распознаванием больших сложностей не возникает. Главное не ограничиваться клинической оценкой признаков и симптомов, как это нередко делают, повторяя ошибки своих учителей, «опытные» кардиологи, убежденные в том, что холодные руки («холодный» цианоз) у пациента с одышкой одно-

значно свидетельствуют о ХСН, тогда как теплые («теплый» цианоз) – о заболевании легких, а попытаться тем или иным способом, например с помощью эхокардиографии, исследовать структуру и функцию сердца (в первую очередь левого желудочка (ЛЖ)), а также определить плазменную концентрацию натрийуретических пептидов (наиболее часто – мозгового натрийуретического пептида, N-терминального промозгового натрийуретического пептида и средне-

регионального пропредсердного натрийуретического пептида), прежде чем ставить диагноз сердечной недостаточности [1–6].

Авторы лекции убеждены в том, что клинический этап диагностики очень важен в распознавании ХСН [7], как и в том, что если порочный подход постоянной подменены физического обследования больного теми или иными параклиническими тестами практикуется достаточно долго, то он может привести к атрофии у врача навыков так называемой *bedside* диагностики [8]. Однако без этапа верификации диагностика ХСН далеко не всегда безошибочна, а сам диагноз несовершенен [9, 10], так как совпадение мнений разных специалистов по вопросу наличия или отсутствия у больного симптомов и клинических признаков ХСН (перекрестная воспроизводимость) наблюдается отнюдь не в каждом случае [8].

После верного распознавания ХСН, как это ни парадоксально, врач сталкивается с еще большими сложностями, так как ему необходимо сформулировать развернутый клинический диагноз, чтобы последний выполнял все свои функции (за ним был виден больной с его болезнями и их ключевыми механизмами, он служил точным обоснованием для выбора методов персонализированного лечения/профилактики и реабилитации, обеспечивал преемственность терапии, был инструментом статистического учета и медицинского прогнозирования, помогал экспертизе трудоспособности и годности к военной службе, а также профессиональному отбору и врачебному контролю в спорте и т.д.), с одной стороны, и позволял избежать конфликтных ситуаций административного и правового характера, связанных с вопросами страховой медицины и порой с почти маниакальным желанием некоторых экспертов обнаружить врачебные ошибки, – с другой [11]. Как справедливо указывают ведущие российские морфологи [11, 12], любой диагноз из медицинского превращается в медико-социальный, фактически становится юридическим, «страховым» и правовым элементом при решении многих жизненных ситуаций, от которого зависит оплата законченного случая лечения, а иногда и судьба врача.

Корень проблемной ситуации, в которой находятся практические врачи, кроется в том, что несмотря на большое количество различных приказов, регламентирующих документов, методических указаний и пособий, а также справочников (обновляемая Комитетом экспертов Всемирной организации здравоохранения Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра, приказы Министерства здравоохранения СССР и Российской Федерации, ре-

комендации Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН, стандарт правил формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, утвержденный в 2006 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, а также клинические рекомендации/протоколы лечения, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и т.д.) [11, 13–18], нет единого мнения относительно того, что считать правильным, а что неправильным при формулировке диагностического заключения. Это наблюдается не только среди представителей различных медицинских специальностей, но даже среди специалистов одного профиля, некоторые из них могут со временем менять свои взгляды (например, рассматривая ХСН вначале как заболевание, затем как синдром). В последнем мы не видим ничего плохого. Как говорил Цицерон, каждому человеку свойственно ошибаться, но только глупцу свойственно упорствовать в своей ошибке.

Сомневающимся в этом мы предлагаем сравнить примеры формулировки клинического (или патологоанатомического) диагноза, которые приводят в своих работах отдельные авторы. Там будут примеры и лапидарных («ХСН ПБ ФК III»), и развернутых диагностических заключений, а также таковые, в которых ХСН (иногда по привычке обозначаемая как недостаточность кровообращения или застойная сердечная недостаточность) рассматривается в качестве самостоятельной нозологической формы и синдрома. Отсутствует и консенсус относительно того, что считать основным заболеванием в случае коморбидной патологии (напомним, что пациент с ХСН в большинстве случаев – это немолодой человек с «букетом» заболеваний). При этом клиницисты, ссылаясь на эти документы, имеющие различную юридическую силу, могут формулировать диагнозы совершенно по-разному!

Порой кажется, что находящийся под лавиной исходящей из различных источников информации, которая основывается на конфликтующих взглядах, практикующий врач может избежать когнитивного диссонанса, разве что приняв решение уйти из профессии, так как перспектива достижения гармонии его собственных представлений, сформированных в ходе обучения в университете и медицинской практики, с значительно различающимися требованиями профессиональных медицинских ассоциаций и экспертных сообществ, выглядит весьма туманной.

Целевым вопросом настоящей лекции является попытка разобраться с проблемой унификации формулировки диагноза пациенту с ХСН.

Диагноз (греч. διάγνωσις, лат. *diagnosis* – распознавание) – это краткое врачебное (точнее – медицинское, так как фельдшер в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 06.11.2009 № 869 также «диагностирует типичные случаи наиболее часто встречающихся заболеваний...») заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней [17].

Что касается терминов, то, несмотря на плюрализм мнений, в соответствии с доминирующими представлениями в диагнозе следует применять лишь аббревиатуру ХСН. Сторонники термина «хроническая недостаточность кровообращения» (как правило, используют аббревиатуры НК, ХНК или Н) справедливо указывают на то, что в классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, утвержденной на XII Всесоюзном съезде терапевтов в 1935 г. и до настоящего времени являющейся действующим инструментом классифицирования ХСН, речь шла именно о недостаточности кровообращения. Другие эксперты небезосновательно отмечают, что выраженная ХСН часто ассоциируется с гиперволемией (при отсутствии эффективной терапии, включающей диуретики, – практически закономерно), связанной с ретенцией натрия и воды, проявляющейся симптомами и признаками «застоя» (иногда лишь в малом круге кровообращения), для описания которого рекомендуют использовать термин «застойная сердечная недостаточность». Тем не менее, в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению ХСН, термины «застойная сердечная недостаточность» и «хроническая недостаточность кровообращения», которые являются, по сути, синонимом ХСН, для унификации терминологии применять не следует [13, 15].

Современная классификация ХСН разработана экспертами Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН) и утверждена на заседании президиума Всероссийского научного общества кардиологов 11.10.2002 [19]. В официальном комментарии ОССН [20] обращается внимание на преимущество данной редакции классификации с классификациями Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (классификация «потеряла» все дополнения к классическому варианту, которые были сделаны за ее долгую историю, но в нее были введены новые поня-

тия – «бессимптомная дисфункция ЛЖ», «адаптивное ремоделирование сердца и сосудов», «дезадаптивное ремоделирование сердца и сосудов») и Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) [21]. Таким образом, интернист должен отразить в диагнозе стадию ХСН и ее функциональный класс (ФК).

Определиться с I и II стадиями нелеченной ХСН достаточно просто: I стадия – скрытая сердечная недостаточность, ПА – моноventрикулярная (левожелудочковая), ПБ – бивентрикулярная (правожелудочковая, вторичная по отношению к левожелудочковой). Совсем не просто при физическом исследовании диагностировать эти стадии у пациента с ХСН, у которого в ходе назначенной ранее оптимальной медикаментозной терапии удалось добиться эволемии, когда в ситуации компенсированной сердечной недостаточности утрачивается информативность так называемых гемодинамических сдвигов (симптомы и признаки застоя в малом и большом круге кровообращения при полной компенсации могут отсутствовать!). При фенотипе леченой ХСН успешно объективизировать ее I или II стадию можно по результатам эхокардиографической оценки ремоделирования (наличие и выраженность сферификации и истончения стенок) и функции (в первую очередь диастолической) ЛЖ, диагностировав бессимптомную дисфункцию ЛЖ, адаптивное ремоделирование ЛЖ или дезадаптивное ремоделирование ЛЖ, которым соответствуют I, ПА или ПБ стадии ХСН [15].

Более сложная ситуация складывается с обоснованием III стадии ХСН. По мнению экспертов ОССН, отличием ХСН III стадии от ХСН ПБ стадии является наличие необратимых структурных изменений органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек) [15]. Но в комментарии экспертов ОССН к своей классификации ничего не сказано о том, какие «необратимые» структурные изменения, скажем, сосудов или головного мозга имеют прямую причинно-следственную связь с сердечной недостаточностью, с одной стороны, и могут рассматриваться в качестве критериев верификации III стадии ХСН – с другой. Нас в разное время учили тому, что наиболее яркими проявлениями III стадии ХСН являются застойный (кардиальный) фиброз и цирроз печени [22–24]. Однако печень в перечень органов-мишеней в классификации ОССН не входит (!), что наряду с отсутствием четких критериев, связанных с ХСН необратимых структурных изменений в указанных органах и системах (в частности, легких, сосудов, головного мозга и почек), на наш взгляд, является существенным упущением обсуждаемой классификации, препятствующим унификации диагностических

заклучений. Например, нам приходилось сталкиваться с более чем спорным диагнозом, когда у пациента с ишемической болезнью сердца, развившейся на фоне сахарного диабета второго типа, осложненного развитием рефрактерного нефротического синдрома, массивной протеинурией («тяжелые, необратимые изменения почек»), обосновывали III стадию ХСН, несмотря на умеренные проявления бивентрикулярной сердечной недостаточности.

Наконец, следует отметить еще один недостаток современной классификации стадий ХСН, который нередко служит предметом критики специалистов по сердечной недостаточности [25–28], – ее так называемую жесткость. Суть ее заключается том, что в качестве градаций авторы используют стадийный подход, исключая переход от более высоких градаций к более низким. Напомним, что классификация Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко утверждалась на XII Всесоюзном съезде терапевтов в далеком 1935 г., когда возможности эффективной фармакологической или хирургической коррекции тяжелой ХСН были более чем скромными, при которых врач фактически наблюдал «естественное» прогрессирующее течение сердечной недостаточности, и поэтому классификация не предусматривала пересмотра установленной стадии в обратном направлении. Но и в наше время, когда никем не ставится под сомнение, что внедрение в клиническую практику достижений клинической фармакологии и кардиохирургии нередко обеспечивает положительную динамику параметров, характеризующих процесс ремоделирования сердца, эксперты ОССН допускают лишь так называемое *step-up* рестадирование («стадия ХСН может ухудшаться, несмотря на лечение») [20].

Пациента с анасаркой, госпитализированного для оказания квалифицированной или специализированной помощи, следует выписывать с диагнозом «ХСН ПБ стадия», даже если в ходе лечения у него в состоянии покоя удалось ликвидировать абсолютно все симптомы и клинические признаки сердечной недостаточности (выписываем же мы больного с диагнозом «пневмония» или «острый аппендицит», когда после успешного лечения клинические и рентгено-томографические признаки пневмонии отсутствуют, а аппендикса уже и вовсе нет). В данном случае все понятно, так как такой диагноз служит самым твердым обоснованием проводимой на стационарном этапе активной комбинированной терапии [7, 25].

Но на амбулаторном этапе неизбежно возникнет необходимость рестадирования ХСН, чтобы иметь возможность, глядя на клинический диагноз, за которым, как известно, должен быть виден больной, правильно оценить тяжесть и прогноз заболевания,

определить актуальную трудоспособность и назначить соответствующее лечение (очевидно, что у пациента со скрытой, проявляющейся только при нагрузке ХСН для контроля симптомов заболевания требуется меньшая активность лечебных мероприятий, чем у декомпенсированного больного). Нелегко понять, почему у юноши с ревматическим митральным стенозом, отягощенным клинически выраженной левожелудочковой сердечной недостаточностью, и после эффективного хирургического лечения, позволяющего фактически говорить о выздоровлении, до конца жизни в медицинских документах должна фигурировать ХСН IIА стадии.

Учитывая вышесказанное, как бы ни были дороги воспоминания о далеком прошлом, когда у пациента имелась декомпенсация, следует обсуждать возможность рестадирования, с отражением в диагнозе актуальной стадии ХСН (в том числе установленной на основании эхокардиографического исследования), наряду с той, которая была до лечения.

Д.В. Преображенский и Б.А. Сидоренко [28] предлагают следующий пример подобного гибкого подхода к диагнозу: Дилатационная кардиомиопатия. ХСН I стадии (ПБ стадия в 1998 г.), I ФК (IV ФК в 1999 г.). Трансплантация сердца (1999 г.).

Пока же нет официального решения о том, что стадию можно изменить как в одну, так и в другую сторону, для отражения динамики ХСН предлагается использовать функциональную классификацию NYHA [21]. Поскольку в покое симптомы ХСН наблюдаются лишь при IV ФК ХСН (так называемая манифестная или клинически выраженная сердечная недостаточность), последний принципиально отличается от сердечной недостаточности, соответствующей I, II или III ФК, при которых симптомы возникают только при физической нагрузке (фактически скрытая сердечная недостаточность) – повышенной, привычной или меньшей по сравнению с привычной соответственно. Тем не менее заметим, что в последних рекомендациях российских кардиологов [16] клинически выраженную и тяжелую ХСН корреспондируют с II, III и IV ФК, а для описания скрытой сердечной недостаточности предлагают использовать исключительно I ФК.

При оценке функционального статуса у пациента с ХСН следует учитывать отчетливый субъективизм как больного, так и врача в определении того, какое огранические физической активности является небольшим или, наоборот, значительным, а также того, какая нагрузка является привычной для больного [28]. Данный субъективизм закономерно приводит к низкой воспроизводимости результатов оценки ФК ХСН у одного и того же пациента разными врачами [7, 28].

При этом достаточно вольную трактовку некоторыми врачами и исследователями классификации NYHA, допускающими выделение промежуточных значений ФК (фактически три дополнительные градации: I–II, II–III, III–IV), нельзя признать хорошей альтернативой попытке с помощью каких-либо подходов объективизировать оценку ФК и сделать ее более точной. С этой целью наиболее часто предлагают оценивать в функциональной пробе толерантность к физической нагрузке (дистанция пути, пройденного за 6 мин, пороговая нагрузка и др.) и максимальный объем потребляемого кислорода либо применять так называемую шкалу оценки клинического состояния [15, 29], а также иные подходы к стратификации (при разработке решающего правила используют широкий спектр показателей, характеризующих состояние больных, в частности уровень маркеров воспаления в сыворотке крови) [30].

К сожалению, далеко не во всех медицинских учреждениях есть ровный, точно размеченный, свободный от препятствий (мебель, встречные и попутные потоки пациентов и медработников, открывающиеся в коридор двери и т.д.) коридор и тем более система для проведения спирометрии. Но даже если имеются все необходимые условия для проведения нагрузочных проб, возможность их успешного выполнения у многих пациентов ограничена из-за ассоциированных заболеваний и состояний: стенокардия, перемежающаяся хромота, заболевания суставов, парезы, параличи и другая патология нервной системы, затрудняющая или исключая возможность передвижения, дыхательная недостаточность, тяжелая анемия, массивное ожирение и т.п. [28]. Очевидно, что при выполнении в таком случае нагрузочного теста (скажем, теста ходьбы в течение 6 мин) корректная интерпретация его результатов будет невозможна, так как на расстояние, проходимое больным, будут влиять не только миокардиальная, но и коронарная, дыхательная недостаточность и другие факторы (с учетом того, что ХСН поражает преимущественно пожилых, высокой коморбидностью у этих пациентов никого не удивишь) [7, 31].

Представленная в Национальных рекомендациях по диагностике и лечению ХСН модифицированная В.Ю. Мареевым шкала оценки клинического состояния при ХСН может быть хорошей альтернативой тесту 6-минутной ходьбы при объективизации ФК ХСН при отсутствии возможности по какой-либо причине выполнить (корректно интерпретировать) последний [15].

Отметим, что в диагнозе нет никакой необходимости в упоминании о принадлежности ФК ХСН к рекомендациям NYHA, как это часто делается в

клинической практике, – «ХСН IIБ стадии, II ФК (по NYHA)». Обходимся же мы при указании стадии ХСН в диагнозе без уточнения «авторских прав» Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, как и при описании ФК стабильной стенокардии – без упоминания о канадских кардиологах [7].

В соответствии с последними рекомендациями Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности [32], ХСН следует классифицировать и в зависимости от значения фракции выброса (ФВ) ЛЖ, как это показано в Клинических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации [18]: ИБС. Стенокардия напряжения, ФК III, постинфарктный кардиосклероз, ХСН со сниженной ФВ (32%), стадия IIА, ФК III.

Принимая во внимание многочисленные экспериментальные и клинические исследования, результаты которых позволяют поставить под сомнение «монополюную» роль систолической дисфункции сердца как главной и единственной гемодинамической причины, ответственной за возникновение и клинические проявления ХСН, в диагнозе следует приветствовать и характеристику состояния диастолической функции ЛЖ (особенно у пациентов с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ) [33–37].

По нашему мнению, стремление клиницистов предельно подробно (например, с указанием тяжести диастолической дисфункции ЛЖ) отражать в терминах, предусмотренных имеющимися классификациями, клиническую ситуацию с ХСН в диагнозе следует приветствовать, так как оно продиктовано желанием построить наиболее эффективную дифференцированную терапию и точно определить прогноз заболевания. Однако до абсурда доходить нельзя. Нам приходилось консультировать пациентов, у которых в диагнозе было указано сразу несколько ХСН (!). Наиболее часто подобное встречается у лиц с сочетанием ишемической болезни сердца с хронической обструктивной болезнью легких IV стадии (степени), когда в комбинированном клиническом диагнозе с конкурирующими заболеваниями сначала указывают ХСН IIБ стадии как проявление тяжелой ишемической дисфункции сердца, а затем декомпенсированное хроническое легочное сердце как осложнение хронического обструктивного бронхита. Мы намеренно не будем приводить пример подобного диагноза, так как плохой урок нередко хорошо усваивается [7].

Предлагаем исходить из правила «одно сердце – одна сердечная недостаточность» и напоминаем, что в соответствии с первоначальным определением комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (1961) термин «легочное сердце» нельзя

использовать для обозначения ситуации, в которой легочная гипертензия связана с первичной недостаточностью левых отделов сердца или врожденными и приобретенными пороками сердца (в большинстве случаев так и есть) [7, 38]. Ниже приводится пример формулировки диагноза, в котором мы пытались избежать повторов.

**Основное заболевание:** ИБС: постинфарктный кардиосклероз (1999 г., 2001 г.): аневризма задней стенки ЛЖ на уровне верхушки с пристеночным тромбозом, акинезия передних сегментов миокарда ЛЖ на всем протяжении.

**Фоновое заболевание:** гипертоническая болезнь, III стадия, 3-й степени, риск IV;

**Конкурирующее заболевание:** хроническая обструктивная болезнь легких, IV стадия, группа D; тяжелое инфекционное (*H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pneumoniae*) обострение I типа (по N.R. Anthonisen). Дыхательная недостаточность III степени.

**Осложнение конкурирующих заболеваний:** ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (38%) и рестриктивным типом диастолической дисфункции ЛЖ, стадия IIБ, ФК IV.

Помимо того, что диагноз должен быть обоснованным, своевременным, структурированным и развернутым, в соответствии с утвержденными в установленном порядке правилами формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов [11], в нем необходимо соблюдать нозологический принцип. ХСН, являясь без каких-либо оговорок синдромом, не может рассматриваться в качестве основного заболевания [39], даже если прямые затраты связаны главным образом с лечением сердечной недостаточности. Убеждены в том, что верный, соответствующий правилам формулировки диагноз наилучшим образом выполняет функцию обоснования лечения и практический врач не должен, подстраиваясь под девиантные требования, подменять в диагнозе основное заболевание (скажем, какую-либо форму ишемической болезни сердца) его осложнением из-за опасения столкнуться с отказом оплаты законченного случая лечения пациента в специализированном стационаре (например, в клинике сердечной недостаточности). В конце концов, не клиническая медицина с ее научной основой для системы медицинского страхования, а наоборот.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершение хотелось сказать о недопустимости так называемых тандемных диагнозов, когда в рубрике «основное заболевание» последовательно (нередко беспорядочно) указываются две и более нозологические единицы. Наиболее часто такое наблюдается при сочетании ишемической болезни с гипер-

тонической болезнью, когда интернисты, обычно ссылаясь на примеры нерубрифицированных диагностических заключений, представленные в Российских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2010 г. (четвертый пересмотр), коронарную болезнь в диагнозе описывают между степенью артериальной гипертензии и риском сердечно-сосудистых осложнений и смерти (цитируем: «ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий)»). Напомним, что в соответствии с правилами формулировки диагноза [11] в случае выявления какой-либо формы ишемической болезни сердца у пациента с гипертонической болезнью (сроки диагностики не имеют значения), последняя должна указываться в диагнозе в рубрике «Фоновые заболевания». По-другому верно кодировать заболевание невозможно, так как коды для болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (I10–I15), не должны применяться в случаях с вовлечением коронарных сосудов (I20–I25).

Для того чтобы унифицированные диагностические заключения стали реальностью, призываем коллег различных специальностей быть «законопослушными» и следовать единым для всех правилам формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов, а не создавать свои.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Что такое сердечная недостаточность? Как лучше ее диагностировать? *Журнал Сердечная недостаточность*. 2002; 3 (5): 209–210.
2. Snipelisky D., Chaudhry S.P., Stewart G.C. The many faces of heart failure. *Card. Electrophysiol. Clin.* 2019; 11 (1): 11–20. DOI: 10.1016/j.ccep.2018.11.001.
3. Международное руководство по сердечной недостаточности; ред. С.Дж. Болл, Р.В.Ф. Кемпбелл, Г.С. Френсис; пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1995: 89.
4. Carnes J., Gordon G. Biomarkers in heart failure with preserved ejection fraction: an update on progress and future challenges. *Heart Lung. Circ.* 2020; 29 (1): 62–68. DOI: 10.1016/j.hlc.2019.05.180.
5. Nhan P., Ederhy S., Soulat-Dufour L., Ancedy Y., Chauvet-Droit M., Adavane-Scheublé S., Ben Said R., Lajus M., Vocara F., Cohen A. Cardiovascular imaging in heart failure. *Presse Med.* 2019; 48 (12): 1406–1415. DOI: 10.1016/j.lpm.2019.09.052 (in French).
6. Останко В.Л., Калачева Т.П., Калюжина Е.В., Лившиц И.К., Шаловой А.А., Черногорюк Г.Э., Беспалова И.Д., Юнусов Р.Ш., Лукашова Л.В., Помогаева А.П., Тепляков А.Т., Калюжин В.В. Биологические маркеры в стратификации риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии: настоящее и будущее. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 264–280. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-264-28.

7. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Калюжин О.В. Сердечная недостаточность. М.: Медицинское информационное агентство, 2018: 376.
8. Remme W.J., Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure, European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.* 2001; 22 (17): 1527–1560. DOI: 10.1053/euhj.2001.2783.
9. Хрусталева О.А. Хроническая сердечная недостаточность: достижения и перспективы. *Клиническая геронтология.* 2003; 9 (7): 35–45.
10. Gallagher J., McCormack D., Zhou S., Ryan F., Watson C., McDonald K., Ledwidge M.T. A systematic review of clinical prediction rules for the diagnosis of chronic heart failure. *ESC Heart Fail.* 2019; 6 (3): 499–508. DOI: 10.1002/ehf2.12426.
11. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. М.: Медицинское информационное агентство, 2011: 576.
12. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: учеб. пособие. М.: Медицина, 2004: 304.
13. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревинский А.Ш., Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галевич А.С., Глезер М.Г., Даниелян М.О., Коц Я.И., Лазебник Л.Б., Лопатин Ю.М., Маколкин В.И., Мартынов А.И., Мартыненко А.В., Моисеев В.С., Ольбинская Л.И., Соколов Е.И., Сторожаков Г.И., Сидоренко Б.А., Терещенко С.Н., Фомин И.В., Шляхто Е.В., Акчурин Р.С., Аронов Д.М., Барт Б.Я., Белоусов Ю.Б., Бойцов С.А., Васюк Ю.А., Волкова Э.Г., Гендлин Г.Е., Гиляревский С.Р., Голиков А.П., Голицин С.П., Гуревич М.А., Довгалевский П.Я., Задионченко В.С., Карпов Р.С., Карпов Ю.А., Кательницкая Л.И., Кобалава Ж.Д., Люсов В.А., Насонов Е.Л., Недогада С.В., Никитин Ю.П., Оганов Р.Г., Панченко Е.П., Перепеч Н.Б., Подзолков В.И., Поздняков Ю.А., Раков А.Л., Руда М.Я., Рылова А.К., Сидоренко Б.А., Симоненко В.А., Ситникова М.Ю., Староверов И.И., Сулимов В.А., Фомина И.Г., Чазова И.Е. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). *Журнал Сердечная недостаточность.* 2007; 8 (1): 4–41.
14. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Формулировка, классификации: практическое руководство; под ред. И.Н. Денисова, С.Г. Гороховой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008: 96.
15. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). *Журнал Сердечная недостаточность.* 2013; 14 (7): 379–472.
16. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А., Гендлин Г.Е., Глезер М.Г., Готье С.В., Довженко Т.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г., Перепеч Н.Б., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шевченко А.О., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н., Галевич А.С., Гиляревский С.Р., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Лопатин Ю.М., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Шляхто Е.В. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология.* 2018; 58 (S6): 8–158. DOI: 10.18087/cardio.2475.
17. Зайратьянц О.В., Васильева Е.Ю., Михалева Л.М., Оленев А.С., Черкасов С.Н., Черняев А.Л., Шамалов Н.А., Шпектор А.В. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти класс IX. Болезни системы кровообращения. М., 2019: 112.
18. Общество специалистов по сердечной недостаточности. Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Код МКБ – 150.0/150.1/150.9/2016 (пересмотр каждые 3 года). URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recommend/134> (дата обращения: 03.01.2020).
19. Стенограмма заседания президиума ВНОК по утверждению Классификации хронической сердечной недостаточности ОССН. 11 октября 2002 г., г. Санкт-Петербург, Большой зал ВМА. *Журнал Сердечная недостаточность.* 2003; 4 (2): 68–69.
20. Официальные комментарии ОССН к обсуждаемой классификации ХСН. *Журнал Сердечная недостаточность.* 2002; 3 (2): 62.
21. The Criteria Committee of the New York Heart Association. Diseases of the heart and blood vessels: nomenclature and criteria for diagnosis. 6th ed. Boston: Little Brown and Co. Publ., 1964: 114.
22. Подымова С.Д. Болезни печени: Руководство для врачей. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2018: 984.
23. Зиц С.В. Диагностика и лечение застойной сердечной недостаточности. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс, 2000: 126.
24. Мухарлямов Н.М. Хроническая недостаточность кровообращения / В кн.: Болезни сердца и сосудов: руководство для врачей: в 4 т.; ред. Е.И. Чазов. М.: Медицина, 1992: 2: 475–508.
25. Мухарлямов Н.М., Мареев В.Ю. Лечение хронической сердечной недостаточности. М.: Медицина, 1985: 208.
26. Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Хроническая сердечная недостаточность. М.: Реафарм, 2001: 344.
27. Калюжин В.В., Калюжин О.В., Тепляков А.Т., Караулов А.В. Хроническая сердечная недостаточность: вопросы этиологии, эпидемиологии, патогенеза (гемодинамические, нейрогуморальные, иммунные, генетические аспекты), диагностики и лечения. М.: Медицинское информационное агентство, 2006: 288.
28. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. 3-е изд., испр. М.: Миклош, 2004: 352.
29. Полтавская М.Г. Пробы с физической нагрузкой у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Сердце: журнал для практикующих врачей.* 2003; 2 (2): 81–83.
30. Самойлова Е.В., Фатова М.А., Миндзаев Д.Р., Житарева И.В., Насонова С.Н., Жиров И.В., Терещенко С.Н.,

- Коротаяева А.А. Решающее правило для стратификации больных хронической сердечной недостаточностью II и III функционального класса. *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (1): 101–107. DOI: 10.20538/1682-0363-2020-1-101–107.
31. Cai S., Gong I.Y., Gale C.P., Yan A.T. Sex-specific differences in New York heart association classification and outcomes of decompensated heart failure. *Can. J. Cardiol.* 2020; 36 (1): 4–6. DOI: 10.1016/j.cjca.2019.09.022.
32. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., Bueno H., Cleland J.G., Coats A.J., Falk V., González-Juanatey J.R., Harjola V.P., Janikowska E.A., Jessup M., Linde C., Nihoyannopoulos P., Parissis J.T., Pieske B., Riley J.P., Rosano G.M., Ruilope L.M., Ruschitzka F., Rutten F.H., van der Meer P. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur. J. Heart Fail.* 2016; 18 (8): 891–975. DOI: 10.1002/ejhf.592.
33. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Знакомьтесь: диастолическая сердечная недостаточность. *Журнал Сердечная недостаточность*. 2000; 1 (2): 40–44.
34. Тепляков А.Т., Калюжин В.В., Степачева Т.А. Диастолическая сердечная недостаточность: современные представления о патогенезе, клиника, диагностика и лечение. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001: 60.
35. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Соловцов М.А. Роль систолической и диастолической дисфункции левого желудочка в клинической манифестации хронической сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда. *Терапевтический архив*. 2002; 74 (12): 15–18.
36. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Рязанцева Н.В., Вечерский Ю.Ю., Хлапов А.П., Колесников Р.Н. Диастола сердца. Физиология и клиническая патофизиология. Томск: Изд-во ТПУ, 2007: 212.
37. Obokata M., Reddy Y.N.V., Borlaug B.A. Diastolic dysfunction and heart failure with preserved ejection fraction: understanding mechanisms by using noninvasive methods. *JACC Cardiovasc. Imaging*. 2020; 13 (Pt 2): 245–257. DOI: 10.1016/j.jcmg.2018.12.034.
38. Marra A.-M., Benjamin N., Cittadini A., Bossone E., Grünig E. When pulmonary hypertension complicates heart failure. *Heart Failure Clinics*. 2020; 16 (1): 53–60. DOI: 10.1016/j.hfc.2019.08.004.
39. Калюжин В.В., Тепляков А.Т., Черногорюк Г.Э., Калюжина Е.В., Беспалова И.Д., Терентьева Н.Н., Лившиц И.К., Останко В.Л., Сибирева О.Ф., Часовских Н.Ю. Хроническая сердечная недостаточность: синдром или заболевание? *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (1): 134–139. DOI: 10.20538/1682-0363-2020-1-134–139.

## Сведения об авторах

**Калюжин Вадим Витальевич**, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0001-9640-2028.

**Тепляков Александр Трофимович**, д-р мед. наук, профессор, гл. науч. сотрудник, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0003-0721-0038.

**Беспалова Инна Давидовна**, д-р мед. наук, профессор, кафедра госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-4513-6329.

**Калюжина Елена Викторовна**, д-р мед. наук, профессор, кафедра госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-7978-5327.

**Останко Валентина Леонидовна**, канд. мед. наук, доцент, кафедра госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-9950-721X.

**Терентьева Надежда Николаевна**, канд. мед. наук, доцент, кафедра внутренних болезней СурГУ, г. Сургут. ORCID 0000-0002-0462-3526.

**Лившиц Инна Климентьевна**, канд. мед. наук, доцент, кафедра госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0003-2357-6910.

**Шаловой Алла Алексеевна**, канд. мед. наук, доцент, кафедра госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0001-7258-4883.

**Сибирева Ольга Филипповна**, д-р мед. наук, профессор, кафедра биохимии и молекулярной биологии с курсом клинической лабораторной диагностики, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0002-5651-8875.

**Соловцов Михаил Анатольевич**, врач, отделение ультразвуковой диагностики, ТОКБ, г. Томск.

✉ **Калюжин Вадим Витальевич**, e-mail: kalyuzhinvv@mail.ru.

Поступила в редакцию 30.01.2019

Подписана в печать 16.06.2020