

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, И.Д. Беспалова, А.В. Тетенева,
А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Е.Л. Мишустина, Е.А. Дементьева,
А.Ф. Канев, К.Ф. Тетенев**

**МЕТОДИКА И МЕТОДОЛОГИЯ
КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Томск
Издательство СибГМУ
2022

УДК 616-085-071(075.8)

ББК 53.5я73+53.43я73

М 545

Авторы:

**Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, И.Д. Беспалова, А.В. Тетенева,
А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Е.Л. Мишустина, Е.А. Дементьева,
А.Ф. Канев, К.Ф. Тетенев**

М 545 **Методика и методология клинического диагноза в
терапевтической практике: учебное пособие / Я.В. По-
ровский [и др.]. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2022. – 79 с.**

В учебном пособии представлены основные положения теории диагностики, методика и методология построения и формулировки клинического диагноза, требования по контролю качества в процессе постановки клинического диагноза.

Основной целью учебного пособия является обучение грамотному формированию клинического диагноза в реальной клинической практике.

Предназначено для студентов медицинских вузов, врачей терапевтов.

УДК 616-085-071(075.8)

ББК 53.5я73+53.43я73

Рецензенты:

Калюжин В.В. – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Милькевич М.Н. – директор Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Бюро медицинской статистики» г. Томск.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 4 от 30 июня 2022 г.).

© Я.В. Поровский, Е.Б. Букреева, И.Д. Беспалова,
А.В. Тетенева, А.И. Карзилов, П.Е. Месько, Е.Л. Мишустина,
Е.А. Дементьева, А.Ф. Канев, К.Ф. Тетенев
© Издательство СибГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	5
Предисловие.....	6
Введение	10
ГЛАВА I. ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.....	12
1.1. Роль личности в медицине. Открывая дверь в прошлое ..	12
1.2. Основные положения клинического диагноза.....	17
1.3. Структура диагноза. Рубрифицированный клинический диагноз	22
1.4. Факторы риска и необходимость их использования.....	27
ГЛАВА II. ФОРМУЛИРОВКИ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОСТАНОВКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ...	29
2.1. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10).....	29
2.2. Примеры и комментарии по оформлению клинического диагноза	31
2.3. Особенности оформления клинического диагноза в связи с прогрессом диагностики	44
2.4. Фатальные симптомы в клинике внутренних болезней ..	48
2.5. «Золотой стандарт» в диагностике	50
ГЛАВА III. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОСТАНОВКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.....	53
3.1. Чувствительность и специфичность	53
3.2. Повышение информативности данных с позиций доказательной медицины	56
3.3. Клинические исследования лекарственных средств.....	61
3.4. Этика современных отношений врача и пациента.....	64
ГЛАВА IV. КОНТРОЛЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	66
4.1. Организация контроля предоставления медицинской помощи медицинскими организациями	66
4.2. Медико-экономический стандарт	69

Заключение	72
Тестовые задания.....	74
Ответы на тестовые задания	76
Приложение	77
Рекомендуемая литература	78

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ESC	– Европейское общество кардиологов
ESH	– Европейское общество по гипертонии
АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АКС	– ассоциированные клинические состояния
БА	– бронхиальная астма
ББИМ	– безболевого ишемия миокарда
БДУ	– без дополнительных уточнений
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВПС	– врожденный порок сердца
ГБ	– гипертоническая болезнь
ГИ	– гиперинсулинемия
ДАД	– диастолическое артериальное давление
ДН	– дыхательная недостаточность
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМ	– инфаркт миокарда
ИР	– инсулинорезистентность
МКБ 10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МС	– метаболический синдром
НК	– недостаточность кровообращения
ОСН	– острая сердечная недостаточность
ОФВ1	– объём форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха ОФВ1/ФЖЕЛ–Индекс Тиффно – отношение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1 или FEV1) к форсированной жизненной емкости легких
ПИКС	– постинфарктный кардиосклероз
ПОМ	– поражения органов-мишеней ПСВ – пиковая объемная форсированная скорость выдоха
САД	– систолическое артериальное давление
СД	– сахарный диабет
ФК	– функциональный класс
ФР	– факторы риска
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ХЛС	– хроническое легочное сердце

ПРЕДИСЛОВИЕ

Обсуждая как-то с коллегами композицию «Федерико Феллини» дуэта «Galibri и Mavik», ставшую популярной осенью 2021 г. и долго заполнявшую эфир, мы отдали ей должное по популярности среди молодежи. И это, несмотря на то, что даже некоторые слова хита распознаются с трудом. Для себя мы решили, что безусловный плюс композиции – это ее название и упоминание имени режиссера. Хотя бы таким образом студенты узнают о гениальном итальянском творце, чьи кинокартины были удостоены нескольких самых престижных наград.

Поэтому мы решили написать такое краткое пособие по клиническому диагнозу, которое было бы востребовано студентами и молодыми врачами и читалось ими с большим интересом в процессе приобретения знаний (обучения) в клинике.

Работа врача-клинициста окутана особым ореолом таинственности, высокой степени интеллектуальной деятельности, несущей на себе печать благородной миссии. Именно этим медицина привлекает молодых людей, наполненных жизненной силой, романтическим ожиданием служения людям. Когда учащийся овладел клиническими методами, то он вполне готов для самостоятельной деятельности со всеми условиями будущего его развития, если только будет продолжать исследовать, наблюдать и делать заключения на основании своего знания. Эти знания обязательно должны быть подкреплены трудами других наблюдателей и оформлены в виде диагноза в соответствии с требованиями современной медицины, с которыми будущий специалист знакомится путем изучения профессиональной литературы.

Давно сложилось, что под клиническим диагнозом понимают, диагноз, установленный больному в условиях стационара или амбулаторно в условиях поликлиники. Такое определение раскрывает смысловое значение термина «клинический» (гр. *klinikos* постельный). Клинический диагноз является основанием для выбора метода лечения, профилактики, диспансеризации, реабилитации. Он должен быть поставлен правильно и своевременно вне зависимости от состояния больного.

Основной акцент в этом издании сделан на изложении разделов о требованиях по оформлению и структуре клинического диагноза, кратком представлении эволюции содержания клинического диагноза и ее необходимости.

Методологическую основу учебного пособия составили принципы преемственности учебных дисциплин, изучающих терапию и компетентностного подхода в приобретении знаний, умений и навыков у студентов, обучающихся по специальностям и направлениям подготовки «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медицинская биохимия», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика».

Авторы надеются, что материал, изложенный в данном пособии, может быть полезным студентам и начинающим врачам для более успешного освоения приобретенных знаний.

FOREWORD

Once, discussing with colleagues the composition «Federico Fellini» by the duet «Galibri and Mavik», which became popular in the fall of 2021 and filled radio broadcasts for a long time, we paid tribute to it in terms of popularity among young people, achieved despite the fact that even some words of the hit were difficult to recognize. For ourselves, we decided that the undoubted advantage of the composition is its title and the mention of the name of the famous film director. At least in this way, students will learn about the brilliant Italian artist, whose films have been awarded several of the most prestigious awards.

And then it suddenly came to us, if only the department would create such a literary hit, a short textbook on clinical diagnosis, which would be in demand by students and read by them with great interest in the process of acquiring knowledge in the clinics of internal diseases.

The work of a clinician is shrouded in a special halo of mystery, a high degree of intellectual activity, bearing the stamp of a noble mission. This is what attracts young people filled with vitality, romantic expectation of serving people. When a student has mastered clinical methods, he is quite ready for independent activity necessary for his future development, if only he continues to investigate, observe and draw conclusions based on his knowledge. This knowledge must necessarily be supported by the works of other observers and formalized in the form of a diagnosis in accordance with the requirements of modern medicine, which the future specialist gets acquainted with by studying special literature.

It has long been established that a clinical diagnosis is understood as a diagnosis established in a hospital or in an outpatient setting. Such a definition reveals the semantic meaning of the term «clinical» (derived from Greek word «klinikos», meaning «bedside»). Clinical diagnosis is the basis for choosing a method of treatment, prevention, medical examination, rehabilitation. It must be delivered correctly and in a timely manner, regardless of the patient's condition.

The main emphasis in this edition is made on the presentation of sections on the requirements for the design and structure of a clinical diagnosis, a brief presentation of the evolution of the content of a clinical diagnosis and its necessity.

The methodological approach for writing the textbook was based on the principles of continuity of studying academic disciplines and the com-

petence-based approach in acquiring knowledge, skills and abilities by students studying in the specialties and areas of training such as «General Medicine», «Pediatrics», «Medical Biochemistry», «Medical Biophysics», «Medical Cybernetics». The authors hope that the material presented in this manual may be useful for students to more successfully master the aforementioned part of the academic program.

ВВЕДЕНИЕ

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

С.П. Боткин

Клинический диагноз является результатом и показателем работы врача, документально оформленным свидетельством уровня его профессиональной подготовки.

Правильная верификация медицинского диагноза имеет важное значение в определении тактики лечения пациента, а также определяет течение и прогноз заболевания.

В условиях действительности будущему врачу необходима серьезная общая клиническая подготовка и хорошая подготовка по теории диагностики. Это поможет ему не «заблудиться» в частностях, видеть клинический материал объемно и корректно пройти диагностический путь к клиническому диагнозу. Кратко изложенные в пособии основные разделы: структура клинического диагноза, примеры и комментарии по его оформлению, а также произошедшие со временем изменения в наполнении диагноза, надеемся, позволят нам достичь желаемого.

Мы преследовали основные цели:

- продолжить и углубить опыт активизации индивидуальной творческой работы студентов на кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсом терапии педиатрического факультета для реализации возможностей активного формирования клинического мышления в процессе изучения клинических дисциплин, а также в условиях клинической практики;

- объяснить теоретически, как после проведенного исследования пациента, построив диагностическую гипотезу с использованием методов прямого и дифференциального диагноза оформить это в виде законченного заключения – клинического диагноза, наполнив его содержание в соответствии с требованиями практической медицины и понимать эту необходимость.

«Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной человек отдастся в руки физиков... Не спрашивая ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одно на другое. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат одной

– единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старику – деревенскому врачу, он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскурив трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью» (Антуан де Сент-Экзюпери).

Каждый человек хочет быть услышанным, а также увиденным. Кратно это касается врачебного искусства курации пациента. В добрый путь. Пусть пациент Вам поверит!

ГЛАВА I

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

1.1. Роль личности в медицине. Открывая дверь в прошлое

Клинический диагноз никогда не смог бы обрести такое содержательное качественное наполнение без постоянной мыслительной деятельности врачей. На практике процесс мышления начинается с самого начала встречи с больным и предполагает наличие определенной базы данных. Но ведь эту клиническую базу кто-то создал. В истории клинической медицины значительное количество имен, чьи достижения в клинической диагностике вызывают глубокое уважение. В качестве примера становления современного метода аускультации легких и сердца мы приведем два имени, историю двух врачей, разделенную веками. Первого, которого знают во всем мире, и второго – менее титулованного, нашего соотечественника и почти современника.



Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек
(07.02.1781–13.08.1826)

Метод аускультации изобрел незаметный во врачебной среде, страдавший астмой и туберкулезом французский врач по имени Рене Теофиль Гиацинт Лаэннек. Лаэннек изобрел цилиндрический инструмент, *стетоскоп*, и метод получил название непрямой аускультации.

История рождения метода такова. В 1816 г. Р. Лаэннека вызвали к молодой тучной женщине, страдавшей каким-то грудным заболеванием. Поскольку осуществить перкуссию было затруднительно (учитывая размер молочных желез пациентки), а проводить непосредственную аускультацию, то есть, прикладывая ухо к обнаженной груди больной было, по словам самого Лаэннека, «недопустимо вследствие молодого возраста и пола обследуемой», Лаэннек предпринял совершенно новое. Он вспомнил, как за несколько дней до того, прогуливаясь по саду Тюильри в Париже, видел детей, царапающих булавкой трость у одного ее конца и слушающих звуки у другого. Подумав, что с подобного приспособления можно выслушать и шумы, исходящие из грудной клетки, Лаэннек свернул листок бумаги в трубочку, приложил к поверхности грудной клетки больной, и, к своему удивлению, смог слышать дыхательные шумы, не прикасаясь к обследуемой. Р. Лаэннеку приходилось изготавливать музыкальные инструменты (в том числе флейты), поэтому он сумел быстро смастерить деревянное устройство, похожее на флейту, которое он очень точно назвал цилиндром. Будучи культурным и утонченным человеком, знавшим латынь и греческий, Лаэннек скоро придумал для своего изобретения более внушительное название – *стетоскоп* (по-гречески *stethoscope* – инспектор грудной клетки).

Три года Р. Лаэннек испытывал этот инструмент по всему Парижу, выявляя физические признаки и сопоставляя их с патологоанатомическими данными. В те времена, когда много парижан погибало от туберкулеза, это было нетрудно. Лаэннек был настолько захвачен возможностями своего изобретения, что его даже прозвали цилиндроманьяком («помешанным на цилиндре»).

В августе 1819 г. этот «цилиндроманьяк» опубликовал двухтомный *Auscultation Mediate*, заполненный клинико-патологическими наблюдениями. В нем было дано блестящее описание ряда заболеваний органов грудной клетки, многие из них были описаны впервые. Среди них бронхит, бронхоэктатическая болезнь, плеврит, долевая пневмония, гидроторакс, эмфизема, отек легких, гангрена, инфаркт и туберкулез легкого.

В книге была также приведена совершенно новая терминология, основанная на примерах из повседневной речи и на знании латыни и греческого. В число этих неологизмов вошли стетоскоп, аускультация, хрипы, «хрипение», «голосовое дрожание», звук «треснутого горшка»,

«металлический звон», «бронхофония», «амфорическое дыхание» «пузырьное дыхание», «ослабленное дыхание». Как нам знакомо многое из перечисленного.

К моменту преждевременной смерти Р. Лаэннека от туберкулеза (в 1826 г. в возрасте 45 лет), стетоскоп уже имелся у многих молодых врачей, и с тех пор стетоскоп стал не только символом медицины как искусства, но и основным инструментом диагностики у постели больного. Для установления диагноза медикам теперь требовалось опираться на объективные данные (а не только на субъективные – жалобы, как раньше). Началась новая эра медицины.

Р. Лаэннек, разработал и внедрил в практику также непосредственную аускультацию сердца. Его же изобретение стетоскопа и посредственной аускультации сердца явилось толчком к изучению клапанной кардиомеханики. Если природа аускультативных явлений, выслушиваемых при исследовании легких, мало изменилась со времен описания их Р. Лаэннеком, то учение о тонах сердца складывалось постепенно.

Р. Лаэннек I тон сердца связывал с сокращением желудочков, а II тон – с систолой предсердий. Руане в 1832 г. II тон связывал с закрытием клапанов аорты. В 1855–1856 гг. Шаво и Февр регистрировали давление в желудочке и на слух отмечали появление тонов сердца на ленте кимографа в эксперименте на животных. I тон они объясняли функционированием атриовентрикулярных клапанов, а II тон – работой клапанов аорты и легочной артерии. На основании этого к концу XIX и началу XX столетия сложилось стройное учение о работе клапанов сердца в нормальных и патологических условиях.

В 1907 г. В. Эйнтховен изобрел фонокардиограф. Это было начало современного этапа систематического инструментального изучения тонов сердца. И здесь не все так просто, поскольку речь идет о человеке, где не все методы исследования приемлемы. По прошествии 80 лет после изобретения фонокардиографа, в Большой медицинской энциклопедии (наиболее авторитетный медицинский манускрипт недавнего времени) издания 1987 г. о природе тонов сердца сказано, что этот раздел кардиологии еще изучается.

В 1960-е годы А. Луизада обратил внимание, что тоны сердца возникают несколько позднее того, как закрываются клапаны. В его исследованиях использовались графическая регистрация давления в полостях сердца и внутрисердечный микрофон. Эти данные поставили

под сомнение роль клапанов в происхождении тонов сердца. Стройная и очень убедительная теория аускультации сердца была поколеблена.

В эти же годы Юрий Дмитриевич Сафонов предложил и разработал в деталях теорию гидравлического удара, которая объясняла отставание тонов сердца от фазы закрытия клапанов, и с помощью физических формул позволила описать аускультативные явления, возникающие в работающем сердце, что явилось серьезным достижением науки о клапанной кардиомеханике.



Сафонов Юрий Дмитриевич
(27.07.1928–01.11.1986)

Сафонов Ю.Д. – кардиолог, доктор медицинских наук, профессор, ассистент, доцент кафедры госпитальной терапии, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Воронежского медицинского института. Созданное им учение о гидравлическом механизме происхождения тонов сердца позволяет объективировать результаты аускультации сердца при разной патологии (в том числе и неклапанной). К сожалению, в настоящее время оно недостаточно известно. При клиническом исследовании больного сложность заключается не только в выработке навыков оценки аускультативной картины, но и в теоретическом толковании сущности звуковых явлений, образующихся в работающем сердце здорового человека и при патологии.

В различных руководствах и учебниках представление о механизме тонов сердца излагается стереотипно, как звуки, образующиеся при функционировании клапанов сердца в аэродинамической системе.

При этом не учитывается, что кровь имеет свою массу, вязкость. Другими словами, не учитываются свойства гидравлической системы. Многие положения трактовки патологических и физиологических изменений тонов сердца остаются в конечном итоге правильными, однако физическая сущность явлений должна рассматриваться с позиций современной науки.

Гидравлическая система (гемодинамическая система) состоит из следующих компонентов: мышечные структуры, кровь, стенки аорты и легочной артерии, атриовентрикулярные клапаны, полулунные клапаны аорты и легочной артерии. Функционирующая система (работающее сердце) создает суммарную характеристику звуковых явлений. Звучит вся система. Роль каждого из компонентов гидравлической системы в образовании тонов сердца свидетельствует, что в образовании I и II тонов сердца клапаны не принимают участия, так как их высокие частоты малой амплитуды гасятся в вязкой среде крови. Так получен ответ на парадоксальный факт отставания звука от закрытия клапана.

Следовательно, неверными являются вчерашние аксиомы. Ни при открытии, ни при закрытии клапаны сердца звуки не генерируют. Источником звука является гидравлический удар – явление, образующееся в гидравлической системе при внезапной остановке тока жидкости в результате препятствия, возникшего на пути перемещения жидкости. В этот момент происходит переход кинетической энергии (энергии движения) в потенциальную (энергию давления), т.е. возникает гидравлический удар. Он слегка прогибает клапаны в сторону движения. Заслонка как эластическая структура напрягается и отражает волну давления в противоположную сторону. Например, в изометрическую фазу систолы все клапаны закрыты, гидравлический удар в створки митрального клапана отражается ими в направлении, противоположном клапану отделу мышцы желудочка, и вновь от последнего возвращается к клапанам. Начинается циркуляция волны от клапана к стенке желудочка, которая зависит от свойств крови, упругости стенки желудочка в условиях целостности клапана и обуславливает нормальный звук I тона сердца. Колебания клапанов в данном случае соответствуют колебаниям описанной волны.

Таким образом, собственные колебания клапанов не проявляются, так как они гасятся в вязкой среде крови и силовой причиной тонов сердца является гидравлический удар.

С помощью формулы Н.Е. Жуковского (основоположника гидро- и аэродинамики), определяющей величину гидравлического удара,

можно оценить аускультативную картину при любом патологическом состоянии гидравлической системы. Состояние каждого из компонентов формулы (скорость погашенного перемещения крови в сторону клапанов, модуля плотность и упругости крови, упругости стенки желудочка, стенок аорты и легочной артерии и др.) в конечном итоге определяет силу гидравлического удара.

Следовательно, можно дать объяснения фактам, когда, например, при явном пороке сердца аускультативная картина, свойственная данному пороку сердца, может отсутствовать.

Понимание этого механизма возникновения тонов помогает объяснить их изменение при клапанной патологии, различных стадиях компенсации порока сердца (гипертрофии желудочков), наличия анемии, других коморбидных состояниях.

1.2. Основные положения клинического диагноза

Термин диагноз происходит от греческого слова *diagnosis* – распознавание. Диагноз – это врачебное заключение о сущности болезни (В.Х. Василенко) или причине смерти (А.В. Смольянинов), выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней. Иными словами, диагноз – это формула записи конечного результата врачебной диагностики.

Клинический диагноз – это определенным образом выстроенная совокупность компонентов описательного, анатомического, функционального, этиологического, патогенетического, генетического, экологического, индивидуального и других. Это содержательное определение клинического диагноза соответствует общепринятому определению современного синтетического (полного) клинического диагноза. Под клиническим диагнозом понимают диагноз, установленный больному в условиях стационара или поликлинического наблюдения. Такое определение раскрывает смысловое значение термина «клинический» (гр. *klinikos* постельный).

Сбор информации о пациенте проводится поэтапно: 1-й этап – первоначальное обследование (сбор жалоб, *anamnesis morbi* и *anamnesis vitae*, анализ имеющейся медицинской документации, физическое обследование); 2-й этап – лабораторные и инструментальные клинические исследования, включая специальные методы и консультации специалистов; 3-й этап – последовательные и повторные исследования в процессе клинического наблюдения и лечения пациента. В

зависимости от этапа различают разновидности диагноза: предварительный, развернутый клинический, заключительный клинический.

За первоначальным обследованием (1-й этап) следует *предварительный диагноз* (при недостаточной полноте обследования). На 2-м этапе формулируется *развернутый клинический диагноз*, обоснованный всеми необходимыми и доступными методами исследования. Он должен быть установлен в течение первых трех дней обследования и вынесен на титульный лист с указанием даты его установки и за подписью врача, установившего диагноз. Дата установки клинического диагноза и дата его обоснования в истории болезни (медицинской карте) должны совпадать. Если диагноз не вызывает сомнения уже при первичном обследовании (особенно в случаях частой госпитализации пациента в данное отделение), то его можно обосновать и сформулировать в день поступления пациента в стационар.

Развернутый клинический диагноз по ходу наблюдения, обследования и лечения пациента может меняться с учетом динамики патологического процесса (смена фаз, стадий, степень компенсации, смена нозологий), развития осложнений, интеркуррентных заболеваний, а также благоприятных и неблагоприятных последствий лечения и реабилитации (включая ятрогению). В конце 3-го этапа, в момент выписки устанавливается *заключительный клинический диагноз*, отражаемый в выписном эпикризе. В *заключительном диагнозе* указывают все выявленные в процессе диагностики заболевания в соответствии с принятыми классификациями.

Клинический диагноз является основанием для выбора метода лечения, профилактики, диспансеризации, реабилитации. Он должен быть поставлен своевременно, правильно, в соответствии с современным уровнем развития медицины. Предварительный диагноз должен быть заменен и оформлен в виде клинического заключительного диагноза как можно раньше в неотложных, urgentных случаях.

Клинический диагноз должен быть в обязательном порядке отражен в медицинских документах: медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного. Оформление диагноза должно быть четким, аккуратным, без исправлений. В случаях изменения диагноза за время пребывания пациента в стационаре необходима запись с обоснованием этого изменения. Как правило, это делается в этапном эпикризе. Диагноз визируется подписью лечащего врача, а заключительный диагноз дополнительно подписью заведую-

щего отделением, клиники. Эти требования важны во врачебной работе, так как предусматривают субординацию в виде помощи и контроля более опытного коллеги, для недопущения дефектов оказания медицинской помощи и связанных с этим неблагоприятных исходов для жизни и здоровья пациента.

Анализ других имеющихся классификаций клинического диагноза (диагноз по аналогии, дифференциальный диагноз, диагноз из наблюдения, диагноз по лечебному эффекту и другие) свидетельствует об отсутствии определенной системы. Такая классификация нерациональна, ввиду отсутствия в ней единого критерия, по которому ведется классифицирование. Диагноз по аналогии, вероятно, представляет собой один из методов построения диагностической гипотезы. Синтетический диагноз – это структура современного клинического диагноза. Остальные из перечисленных, соответствуют одному из приемов дифференцирования различных форм патологии. Необходимо взять в качестве правила следующее положение: клинический диагноз один – синтетический. Методов построения диагноза два: прямой и дифференциальный. Всякого рода другие разновидности диагнозов являются частными вариациями этих наиболее общих понятий.

Здесь уместно подчеркнуть, что знание компонентов синтетического клинического диагноза – это не просто дань уважения истории клинической медицины. Это осознанное целенаправленное изучение клинической картины заболевания конкретного пациента и способ контроля уровня диагностики, которым владеют врач, лечебное учреждение и, наконец, современная медицина. Различные компоненты диагноза (описательный, анатомический, функциональный и др.) могут играть в разных ситуациях то большую, то меньшую роль. Например, при инфекционном заболевании этиологический компонент является наиважнейшим. К сожалению, несмотря на социальную значимость, на сегодняшний день мы не сможем привести этиологический компонент целого ряда заболеваний: ИБС, СД 2 типа, диффузных болезней соединительной ткани и др. И, напротив, личностный компонент скоро займет надлежащее место, учитывая его нарастающую важность и достаточный уровень развития медицинской психологии.

Как мы подчеркнули выше, методов построения диагноза два: прямой и дифференциальный. Прямым называют способ построения диагноза в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна диагностическая гипотеза (предварительное диагностическое суждение), и она подтверждается при окончании обследования. Этот

способ постановки диагноза доминирует в работе поликлинического врача, когда тот сталкивается преимущественно со сравнительно простыми повседневными ситуациями и достаточно очевидными диагнозами. Диагностическая гипотеза при этом может возникать в самом начале исследования, когда врач еще не получил необходимых сведений о больном.

Также часто, при попытке поставить диагноз врач сталкивается с затруднениями: найденные у больного признаки могут быть при многих заболеваниях. Какой же из предполагаемых диагнозов является более правильным? В этом случае используется методика дифференциального диагноза, когда в процессе исследования больного возникает не одна, а несколько диагностических гипотез. Здесь мы отправляем молодого коллегу к предыдущему изданию нашей кафедры – «Учебная история болезни в терапевтической практике» (Я.В. Поровский и др.). Эти вопросы в нем изложены подробно.

Клинический диагноз направлен на решение ряда функциональных задач:

- преемственное лечение и профилактика;
- своевременное проведение противоэпидемических мероприятий;
- медицинская реабилитация;
- медицинское прогнозирование;
- экспертиза трудоспособности;
- профессиональный отбор и врачебный контроль в спорте;
- экспертиза годности к военной службе, юридической дееспособности;
- статистический учет заболеваемости и смертности;
- обучение клиническому мышлению и его совершенствование;
- научный анализ вопросов клиники, диагностики, терапии и патоморфоза болезней;
- экспертная оценка стандарта качества лечения.

Решение задач клинического диагноза возможно при соблюдении 9 основных принципов его формулирования предложенных А.М. Лифшицем и М.Ю. Ахмеджановым еще в 1980 г., но сохранивших свою актуальность. Это важно, приведем их, немного сократив.

1. Нозологический принцип. Нозологическая единица – это структурно-функциональное повреждение (болезнь), имеющее определенную этиологию и патогенез или характерную клинико-анатомическую картину, создающее угрозу трудоспособности и жизни, требующее лечения и выделения в статистическую рубрику.

2. *Соответствие Международной классификации болезней (МКБ).* Эта классификация статистическая и предназначена для обеспечения нужд статистики. Ее целью является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о заболеваемости и смертности, полученных в разных странах или регионах и в разное время. Действующая МКБ-10 используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды (по трех- или четырехзначным рубрикам), которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

3. *Интранозологическая дополнительная характеристика болезни.* Этот принцип работает преимущественно в рубрике «основное заболевание». Он позволяет более полно охарактеризовать сущность болезни конкретного пациента и нередко может иметь принципиальное значение для оценки его состояния. Эта характеристика содержит такие свойства болезни, как клиничко-анатомическая форма, степень активности, стадии, тип течения, класс функционального нарушения. Для раскрытия интранозологической особенности болезни используются общепризнанные международные и отечественные клинические классификации.

4. *Патогенетический принцип.* Он призван формулировать в диагнозе осложнения основного заболевания. Согласно ему построение формулы диагноза должно учитывать причинно-следственные связи, которые возникают по ходу развертывания клинических проявлений болезней или осложнений.

5. *Структурность с унифицированными рубриками.* В структуре диагноза выделяют рубрики (категории):

- Основное заболевание (простое или комбинированное).
- Осложнения основного заболевания.
- Сопутствующие болезни.

6. *Фактическая и логическая обоснованность и достоверность.* Выявление болезни и ее осложнений базируется на результатах объективных клинических и параклинических исследований. Этот принцип не допускает записей в диагнозе в виде знака вопроса, фраз «не исключается», «подозрение на ...», «вероятно» и т. п.

7. *Своевременность и динамизм.* Диагноз должен быть своевременным и поставленным в предельно короткий срок.

8. *Соответствие медицинской деонтологии,* включая неразглашение диагноза (тайна диагноза).

9. *Индивидуально-личностная характеристика* – тип эмоционально-психологической реакции на болезнь.

Первые шесть принципов формулирования медицинского диагноза обладают формообразующими (основообразующими) функциями.

1.3. Структура диагноза. Рубрифицированный клинический диагноз

При оформлении диагноза прежде всего необходимо определить и выделить основное, ведущее заболевание. Эта формула остается неизменной для всех разновидностей клинического диагноза (предварительного, развернутого, заключительного). В зависимости от исхода заболевания клинический диагноз становится либо заключительным клиническим выписным диагнозом (при выписке пациента из стационара), либо заключительным клиническим посмертным диагнозом (в случае смерти пациента).

Основное заболевание. Основное заболевание – болезнь, имеющая в данное время наиболее выраженные клинические проявления, которая сама или вследствие осложнений составляет угрозу здоровью, трудоспособности или жизни пациента, требует первоочередной медицинской помощи.

Основным является диагноз той болезни, которая:

- 1) является более тяжелой и опасной в отношении сохранения жизни, трудоспособности и прогноза;
- 2) заставила обратиться больного к врачу за медицинской помощью (амбулаторной или стационарной) и по поводу, которого 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 быть причиной смерти.

Для этапных клинических диагнозов основным является то заболевание, которое явилось причиной обращения за медицинской помощью, госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий, привело к инвалидности или смерти пациента. В заключительном клиническом диагнозе основным заболеванием является то, которое было диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводились лечебно-диагностические мероприятия, на которое пришлась наибольшая часть использованных ресурсов, которое соответствовало профилю медицинского учреждения или его отделения. Нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но которые не оказали влияния на текущий эпизод, не явились причиной смерти, не могут быть основным заболеванием.

Основное заболевание может быть представлено одной или несколькими болезнями (нозологическими единицами). В зависимости от количества болезней в основном заболевании выделяют варианты его формирования:

- монокаузальный (одна болезнь в основном заболевании);
- бикаузальный (двупричинный, т.е. две болезни в основном заболевании);
- мультикаузальный (многопричинный, или более двух болезней в основном заболевании).

Бикаузальный и мультикаузальный варианты диагноза применяются только при полном исключении возможности оформления диагноза по основному, монокаузальному варианту.

В случае наличия в нем двух нозологических единиц основное заболевание называется комбинированным – включающим или конкурирующие, или сочетанные, или основную и фоновую болезни.

Конкурирующими называют две болезни, которые имеются одновременно у пациента, независимые друг от друга по этиологии и патогенезу, но каждая, взятая в отдельности, создает угрозу жизни или мо-

жет закончиться смертью. По клиническим проявлениям конкурирующие болезни всегда тяжелые, и их конкуренция проявляется, как правило, в развитии одинаковых осложнений. Комбинация этих болезней резко утяжеляет состояние пациента, способствует ускорению летального исхода. Конкурировать могут как обострившиеся хронические, так и остро начавшиеся болезни, а иногда и ятрогенные осложнения с приобретенным статусом болезни.

Сочетанными считают две и более болезни, имеющие признаки основного заболевания, каждая из которых, взятая в отдельности, не создает угрозы жизни, но в совокупности они способствуют утяжелению заболевания, инвалидности, летальному исходу вследствие суммирования структурно-функциональных повреждений, невозможности применения эффективных методов лечения (противопоказанных в связи с одной из этих болезней). Важно подчеркнуть, что речь идет о патологических состояниях, одновременно возникших у пациента, а не последовательно.

Фоновое заболевание – это нозологическая единица, которая имеет с основной болезнью тесные патогенетические взаимоотношения, оказывает существенное влияние на развитие и неблагоприятное ее течение или обуславливает ее особую тяжесть, что играет роль в появлении осложнений, угрожающих жизни либо ставших причиной смерти. Такое взаимодействие двух болезней в организме встречается наиболее часто. Фоновое заболевание может быть представлено несколькими нозологическими единицами. В таком случае возможно кодирование по МКБ-10 важнейшего из них или всех для уточненных статистических исследований.

Примеры фоновых заболеваний для болезней легких: рахит, ведущий к вторичному иммунному дефициту, становится фоновым для инфекционных болезней легких; хронический бронхит с морфологическим изменениями в виде плоскоклеточной метаплазии и дисплазии эпителия бронхов может быть фоновым заболеванием плоскоклеточного рака бронхов.

При наличии в основном заболевании более двух болезней (мультикаузальный вариант), их взаимодействия проявляются в двух вариантах: семейства болезней и ассоциация болезней. Семейство болезней определяется этиологической и патогенетической связью группы болезней. В педиатрической практике такой полипатии нет. Ассоциация болезней – это случайное сочетание нескольких болезней в одном организме, среди которых выбирают приоритетную.

На практике диагноз полипатии, как правило, трансформируется, главным образом, в монокаузальную схему, реже – в бикаузальную.

В случае смерти основное заболевание трактуется или как первоначальная причина смерти (рекомендации ВОЗ, МКБ-10), или как основная причина смерти.

Первоначальная причина смерти:

а) болезнь или травма, вызвавшая последовательно ряд болезненных проявлений, непосредственно приведших к смерти;

б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Основная причина смерти – болезнь, которая сама по себе или через свои осложнения привела пациента к смерти.

Осложнение основного заболевания. Это вторичное структурно-функциональное повреждение, патогенетически связанное с текущим основным заболеванием либо соответствующими ему лечебно-диагностическими воздействиями. Осложнения имеют качественно новые признаки, отличные от признаков основного заболевания. Осложнения существенно утяжеляют клиническую картину, требуют значительного изменения или дополнения лечения, повышают вероятность или степень нетрудоспособности, способствуют летальному исходу или являются непосредственной его причиной.

Сопутствующие заболевания. К ним относятся нозологические единицы, которые не связаны этиологически и патогенетически с основным заболеванием и его осложнениями. Сопутствующие болезни – это, как правило, хронические заболевания в стадии ремиссии.

В случае обострения они приобретают признаки основного заболевания в виде конкурирующих, сочетанных или фоновых болезней, так как обострившаяся болезнь требует лечения. В таблицах 1–6 приведены примеры разных вариантов оформления диагноза.

Таблица 1

*Диагноз заключительный клинический
(одна болезнь в основном заболевании)*

Основной диагноз:	ИБС: Острый Q-инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка от 23.06.2015 г.
Осложнения:	Острая левожелудочковая недостаточность 23.06.2015 г., класс II по Killip.
Сопутствующий диагноз:	Круглогодичный аллергический ринит, легкой степени тяжести, в стадии ремиссии.

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. Вариант конкурирующих болезней (табл. 2, 3), каждая из которых может привести больного к смерти:

Таблица 2

*Комбинированное основное заболевание
по типу конкурирующих заболеваний*

Основное заболевание:	Острый лимфобластный лейкоз
Конкурирующее заболевание:	Хронический гломерулонефрит с нефротическим синдромом.
Осложнение:	Хроническая болезнь почек 3-й ст.
Сопутствующее заболевание:	Хронический гастродуоденит, ассоциированный с пилорическим хеликобактером вне обострения.

Таблица 3

*Комбинированное основное заболевание:
две конкурирующие болезни*

Основное заболевание	ИБС: Острый Q-инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка от 13.02.2016 г.
Конкурирующее заболевание:	Рак поджелудочной железы 4b стадии, T ₄ , N ₂ , M ₁ .

Вариант сочетанных заболеваний (табл. 4), которые в отличие от конкурирующих заболеваний не являются смертельными. Однако, развиваясь одновременно, могут приводить через развитие общих осложнений к смертельному исходу.

Таблица 4

Сочетанное основное заболевание

Основное заболевание:	Острый абсцесс нижней доли правого легкого.
Сочетанное заболевание:	Сахарный диабет 2 типа, в стадии декомпенсации (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.

В качестве фоновых заболеваний часто выступают артериальная гипертония, сахарный диабет, цирроз печени, хронический алкоголизм при туберкулезе и нагноительных процессах, общее ожирение при атеросклерозе и желчнокаменной болезни, хронические воспалительные процессы и доброкачественные опухоли (табл. 5, 6).

Таблица 5

Основное и фоновое заболевание

Основное заболевание:	Рак печени T ₃ , N ₁ , M ₀ , IIIb стадия.
Фоновое заболевание:	Цирроз печени вирусный (HCV), класс B.
Сопутствующие заболевания:	Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Таблица 6

Основное и фоновое заболевание

Основное заболевание:	Кавернозный туберкулез правого легкого.
Осложнения:	Дыхательная недостаточность II ст.
Фоновое заболевание:	Хронический алкоголизм.
Сопутствующее заболевание:	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

1.4. Факторы риска и необходимость их использования

Важным достижением современной медицины является установление причин таких социально значимых заболеваний как туберкулез, ревматизм, язвенная болезнь, ряда инфекций и многих паразитарных инвазий. Среди многообразия актуальных этиологических факторов

внутренних болезнях по-прежнему занимает важное место инфекционная патология, всё больше внимания привлекают различные группы вирусов (гепатита В, С, D), ВИЧ и, конечно же, COVID-19.

Поскольку реализовать такой этиологический подход к пониманию болезни удаётся далеко не всегда, хорошей возможностью решения проблем является использование широко распространённой в мире концепции так называемых факторов риска – причинных факторов болезней. Их устранение или коррекция способствует снижению риска развития заболевания. Основные факторы риска (ФР) заболеваний сердечно-сосудистой системы были установлены в процессе знаменитого Фремингемского исследования (*Framingham Heart Study*), начатого более 50 лет назад и изменившего подходы к пониманию в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты Фремингемского исследования позволили убедительно доказать роль гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии, сахарного диабета, менопаузы, ожирения как ФР ИБС и инсультов.

Важным результатом исследования является выделение факторов, относящихся к образу жизни (курение, малоподвижный образ жизни), которые можно корректировать с помощью немедикаментозных воздействий.

Выявление этой группы ФР считается доказанной, и настойчивая борьба с ними может дать более существенные результаты, чем имеющиеся методы лечения артериальной гипертензии и гиперлипидемии при уже возникшей болезни.

По мере продолжения Фремингемского исследования представления о ФР пополняются новыми данными – показана значимость гиперфибриногенемии (1987), липопротеина (а) (1994) и увеличения размеров левого желудочка (1994). Некоторые из недавно выявленных ФР, например, гипергомоцистеинемия (1996), в настоящее время уже относятся к числу доказанных показателей формирования атеросклероза и стеноокклюзирующих поражений магистральных артерий.

ГЛАВА II

ФОРМУЛИРОВКИ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОСТАНОВКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

2.1. Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

МКБ-10 представляет собой нормативный документ с общепринятой статистической классификацией медицинского диагноза, которая используется в здравоохранении для унификации подходов и международной сопоставимости материалов. Документ разработан Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Под словами «Десятого пересмотра» понимается 10-я версия документа с момента его создания.

На территории России действие МКБ-10 как единого нормативного документа для формирования системы учёта и отчётности в системе здравоохранения было введено с 1 января 1999 г. приказом МЗ РФ.

МКБ-10 использует алфавитно-цифровую систему кодирования, предполагающей наличие в четырёхзначной рубрике одной латинской буквы, за которой следуют три цифры со включением точки, что позволило более чем вдвое увеличить размеры структуры кодирования.

Структура бумажного издания МКБ-10 состоит из трёх томов: том 1 содержит основную классификацию, а также содержит раздел «Морфология новообразований», специальные перечни для сводных статистических разработок, определения и номенклатурные правила; том 2 содержит инструкции по применению для пользователей МКБ; том 3 представляет собой алфавитный указатель к классификации.

Классы I–XVII относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям, класс XIX – к травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних факторов. Остальные классы охватывают ряд понятий, касающихся диагностических данных.

Неиспользованные коды «U» используют для временного обозначения новых болезней неясной этиологии.

Перечень классов МКБ-10

Литера	Класс	Заголовок
A	I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
B		
C00- D48	II	Новообразования
D	III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
E	IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
F	V	Психические расстройства и расстройства поведения
G	VI	Болезни нервной системы
H	VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата
	VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка
I	IX	Болезни системы кровообращения
J	X	Болезни органов дыхания
K	XI	Болезни органов пищеварения
L	XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки
M	XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
N	XIV	Болезни мочеполовой системы
O	XV	Беременность, роды и послеродовой период
P	XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
Q	XVII	Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
R	XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
S	XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
T		
V	XX	Внешние причины заболеваемости и смертности
W		
X		

Y		
Z	XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения
U	XXII	Зарезервировано

На смену МКБ-10 приходит новая классификация МКБ-11, которая была принята ВОЗ в 2019 г. и вводится в действие с 2022 г.

Составители МКБ руководствовались только одной целью – обеспечить единообразие статистического учёта некоторых важнейших болезней человека в международном масштабе, приписав каждой из них строго определённый номер рубрики или подрубрики. Однако в МКБ статус нозологической единицы присвоен не только болезням, но и синдромам, симптомам и «другим состояниям», что явно противоречит нозологическому принципу, принятому в отечественной медицине. В противовес нозологической единице была создана «нозологическая форма», которая несёт в себе понятие «болезнь».

Закономерно возникает вопрос: почему при столь явных недостатках принципом формулирования диагноза избрана МКБ?

Во-первых, МКБ – это унифицированная систематизация статистического учёта болезней и причин смерти.

Во-вторых, МКБ – это унифицированная международная номенклатура болезней, синдромов.

В-третьих, МКБ, при наличии недостатков, может служить основой для создания рациональных, истинно научных клинических классификаций.

Итак, МКБ-10 применяется как стандарт номенклатуры болезней и причин смерти, обеспечивая терминологическое единство при формулировании медицинского диагноза и адекватную шифровку.

2.2. Примеры и комментарии по оформлению клинического диагноза

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПНЕВМОНИИ (у взрослых)

Примеры формулировки диагноза:

1. Внебольничная пневмония в верхней доле справа (S1, S2), нетяжелое течение, неуточненной этиологии. Острая дыхательная недостаточность I стадия (клинически).

2. Госпитальная пневмония с локализацией в нижней доли правого легкого (*Staphylococcus aureus*), тяжелое течение. Осложнения: вентиляционная недостаточность III степени по рестриктивному типу. Экссудативный плеврит справа. Острая дыхательная недостаточность 2 стадия (SaO₂ 79%).

3. Внебольничная пневмония с локализацией в нижней доли правого легкого (*Str. pneumoniae*), тяжелое течение. Осложнения: правосторонний экссудативный плеврит.

Инфекционно-токсический шок. Острая дыхательная недостаточность 2 стадия (SaO₂ 87%).

Коды МКБ -10 J13-J18

J12 – Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках.

J13 – Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*.

J14 – Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae*.

J15 – Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках.

J16 – Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках.

J18 – Пневмония без уточнения возбудителя.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Пример формулировки диагноза:

1. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), преимущественно бронхитическая форма, II стадия, категория С, с высоким риском обострений, с невыраженными клиническими проявлениями заболевания, фаза обострения, степень обструкции 2.

Хроническое легочное сердце, стадия компенсации. Осложнение: дыхательная недостаточность 2 стадия.

2. ХОБЛ, преимущественно эмфизематозный тип, III стадия, категория С, с частыми обострениями, с не выраженными клиническими проявлениями заболевания, фаза обострения, степень обструкции 3. Хроническое легочное сердце, стадия компенсации. Осложнение: дыхательная недостаточность 2 стадия.

4. ХОБЛ, сложного генеза (бронхитическая и эмфизематозная форма), IV стадия, категория Д, с частыми обострениями, с выраженными клиническими проявлениями заболевания, степень обструкции 3. Эмфизема. Диффузный пневмофиброз. Осложнение: дыхательная недостаточность 3 стадия.

Коды по МКБ-10 (J44)

J44.0 – Хроническая обструктивная болезнь легких с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (ХОБЛ в стадии обострения вирусной этиологии (кроме вируса гриппа)).

J44.1 – Хроническая обструктивная болезнь легких с обострением не уточненная (без уточнения причины обострения).

J44.8 – Хроническая обструктивная болезнь легких (тяжелое течение, эмфизематозный тип (панацинарная эмфизема). ДН III ст.

J44.9 – Хроническая обструктивная болезнь легких (тяжелое течение; бронхитический тип (центрицинарная эмфизема); хроническое легочное сердце. ДН III, Н III).

J44.9 – Хроническая обструктивная болезнь легких (тяжелое течение; не уточненная; эмфизема легких; хроническое легочное сердце; ДН III, Н II).

Примечание: шифры J44.8 и J44.9 рекомендуется применять при тяжелом течении ХОБЛ.

Комментарий

Применяется комплексная оценка ХОБЛ по категориям (ABCD), указанием тяжести течения и фазу заболевания (стабильное течение или обострение).

Комплексная оценка ХОБЛ по категориям объединяет оценку клинических симптомов по опроснику САТ или mMRC, степень бронхообструкции и риск обострений.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (БА)

Примеры формулировки диагноза:

1. Бронхиальная астма аллергическая форма тяжелой степени, персистирующее течение, неконтролируемая. Фоновое: Аллергический ринит персистирующего течения.

Сенсибилизация к пыльцевым, бытовым аллергенам. Осложнение: дыхательная недостаточность I степени.

2. Бронхиальная астма сложного генеза (инфекционно-аллергическая), средней степени тяжести, персистирующее течение, частично контролируемая. Осложнение: дыхательная недостаточность I степени.

3. Бронхиальная астма аллергическая легкой степени тяжести, интермиттирующее течение, контролируемая. Фоновое: Аллергический ринит интермиттирующего течения.

Сенсибилизация к пыльцевым аллергенам. Осложнение: дыхательная недостаточность II степени.

Коды по МКБ-10 (J45)

J45.0 – Бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента.

J45.1 – Неаллергическая бронхиальная астма.

J45.8 – Смешанная бронхиальная астма.

J45.9 – Бронхиальная астма неуточненная.

J46.1 – Бронхиальная астма. Астматический статус.

Комментарий

В настоящее время наиболее значимой является формулировка диагноза по уровню контроля, так как целью лечения БА является достижение и поддержание контроля над заболеванием. Понятие «ремиссия» БА не используется, выделяют стадию обострения.

Целесообразно указывать степень тяжести, уровень контроля. Возможности деления БА по этиологии ограничены, так как для некоторых пациентов не удастся выявить внешние факторы риска. В связи с чем целесообразно использовать единый шифр кода J45.

У пациентов с впервые выявленной БА классификация по степени тяжести проводится на основании клинической картины.

Тяжесть БА у пациентов, получающих лечение, оценивается ретроспективно, исходя из необходимого для контроля симптомов и обострений объема терапии.

Определение фенотипических особенностей заболевания является требованием времени, так как персонализированная медицина на основании отбора пациентов (выделение субпопуляций/кластеров/фенотипов БА) предусматривает использование ряда диагностических тестов и при подтверждении предполагаемого фенотипа – таргетную терапию, и персонифицированные методы профилактики.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 (15-я редакция с изменениями)

Примеры формулировки диагноза:

1. Основной диагноз: U07.1, Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная лабораторно), вирус идентифицирован, нетяжелое течение.

Осложнения основного диагноза: J18.9, Внебольничная двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, нетяжелое течение. КТ-2. ДН-0 ст.

2. Основной диагноз: U07.1. Новая коронавирусная инфекция, подтвержденная методом ИФА от 01.04.21, тяжелой степени тяжести.

Осложнения основного диагноза: J18. Двусторонняя полисегментарная пневмония, вирусно-бактериальная, тяжелое течение. КТ-4. Осложнение: Острый респираторный дистресс синдром. Острый инфекционный вирусно-бактериальный миокардит. ХСН-2 А степени. Острая дыхательная недостаточность 3 стадия.

Код(ы) МКБ-10

U07.1 – Коронавирусная инфекция COVID-19 (Вирус идентифицирован).

U07.2 – Коронавирусная инфекция COVID-19 (Вирус не идентифицирован).

Комментарий

В текущей ситуации (в период пандемии) острое респираторное заболевание, в том числе с поражением легких, выявленном при КТ/Рентгенографии не исключает коронавирусную инфекцию COVID-19.

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ)

Примеры формулировки диагноза:

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. ХБП-3 а (СКФ-54). Риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий).

2. ИБС. Стенокардия напряжения II функциональный класс (ФК). Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии. Степень артериальной гипертензии 2. ХБП-4 (СКФ-24). Риск сердечно-сосудистых осложнений 4 (очень высокий).

3. Гипертоническая болезнь II стадии. Достигнутая степень артериальной гипертензии 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. ХБП-3 б (СКФ-36). Риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий).

4. Гипертоническая болезнь III стадии. Достигнутая степень артериальной гипертензии 2. ХБП-2 (СКФ-78). Риск сердечно-сосудистых осложнений 4 (очень высокий).

Сопутствующий диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

5. Гипертоническая болезнь I стадии. Достигнутая степень артериальной гипертензии 2.

ХБП-3 б (СКФ-32). Риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий). Фоновое заболевание: Сахарный диабет, тип 2, уровень гликированного гемоглобина менее 7. Ожирение 3 степени.

6. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Достигнутая степень артериальной гипертензии 2. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 2 А степень, II ФК. ХБП-4 (СКФ-18). Риск сердечно-сосудистых осложнений 4 (очень высокий).

Коды по МКБ-10

I10-I15 – Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

I10 – Эссенциальная (первичная) гипертензия.

I11 – Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца).

I11.0 – С (застойной) сердечной недостаточностью.

I11.9 – Без (застойной) сердечной недостаточности.

I12 – Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек.

I12.0 – С почечной недостаточностью.

I12.9 – Без почечной недостаточности.

I13 – Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек.

I13.0 – С (застойной) сердечной недостаточностью.

I13.1 – С преимущественным поражением почек и почечной недостаточностью.

I13.2 – С (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью.

I13.9 – Неуточненная.

I15 – Вторичная гипертензия.

I15.0 – Реноваскулярная гипертензия.

I15.1 – Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек.

I15.2 – Гипертензия вторичная по отношению к эндокринным нарушениям.

I15.8 – Другая вторичная гипертензия.

I15.9 – Вторичная гипертензия неуточненная.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Примеры формулировки диагноза:

Стабильные формы ИБС:

1. ИБС: стенокардия напряжения II функциональный класс II (ФК). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II А стадии (III ФК).

2. ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз (от 02.09.2019 г.).

Хроническая аневризма левого желудочка. Недостаточность митрального клапана II степени (ишемическая). Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. Хроническая сердечная недостаточность III стадии (IV ФК). Асцит.

Правосторонний гидроторакс. Анасарка. Кардиальный фиброз печени.

3. ИБС: стенокардия напряжения II ФК, безболевого ишемия миокарда. Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 2.

Риск ССО 4 (очень высокий). Сахарный диабет 2 типа, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) менее 7% Хроническая сердечная недостаточность II А стадии (II ФК).

4. ИБС: стенокардия напряжения II функциональный класс II (ФК). Постинфарктный кардиосклероз от 2020 г. Аорто-коронарное шунтирование от 02.09. 2020 г., ХСН II А стадии (II ФК).

Нестабильные формы ИБС:

1. ИБС: впервые возникшая стенокардия. ХСН I стадия. II ФК.

2. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда, с локализацией по переднеперегородочной области левого желудочка (от 19.06.21 г.), тип 1, риск 8 баллов по системе TIMI. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Острая сердечная недостаточность, класс IV по Killip. Отек легких. Кардиогенный шок.

3. ИБС: острый не Q-инфаркт миокарда, задне-диафрагмальный (от 21.02.20 г.), тип 2, риск 5 баллов по системе ТІМІ. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Острая сердечная недостаточность, класс II по Killip.

4. ИБС: рецидивирующий не Q-инфаркт миокарда, передне-боковой, (от 01.07.19 г.), тип 4б, риск 10 баллов по системе ТІМІ. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, купированная ЭИТ (от 02.07.19 г.). Острая сердечная недостаточность, класс III по Killip.

5. ИБС: повторный Q-инфаркт миокарда, с подъемом сегмента ST, передний, подострая стадия, тип 1. ПИКС от 02.09.18 г. Частая желудочковая экстрасистолия. Острая сердечная недостаточность, класс I по Killip.

6. ИБС: не Q-инфаркт миокарда, передний, стадия рубцевания (02.07.20 г.), тип 1. ХСН – 1 ст.

7. ИБС: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Острая сердечная недостаточность класс I по Killip.

8. ИБС: острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Риск 3 балла по системе ТІМІ. Острая сердечная недостаточность класс I по Killip.

Коды по МКБ-10: I 20- I 25

I24.8 или I22 – Внезапная коронарная смерть.

I20 – Стенокардия.

I20.8 – Стабильная стенокардия напряжения (с указанием I–IV ФК).

I20.8 – Коронарный синдром X.

I20.1 – Вазоспастическая стенокардия (спонтанная, вариантная, Принцметала).

I20.0 – Нестабильная стенокардия.

I21 – Острый инфаркт миокарда.

I21.0-I21.3 – Острый ИМ с наличием патологического зубца Q (трансмуральный, крупноочаговый).

I21.4 – Острый ИМ без патологического зубца Q.

I21.9 – Острый ИМ (неопределенный)

I22 – Рецидивирующий, повторный ИМ (от 3 до 28 суток).

I25.8 – ИМ продолжительностью более 4 недель (после 28 суток).

Осложнения острого ИМ

I50.1 – Острая сердечная недостаточность (I–IV классы по Killip).

I44 – Нарушения сердечного ритма и проводимости.

I23.0 – Разрыв сердца внешний (с гемоперикардом).

- I23.3 – Без гемоперикарда.
- I23.1 – Внутренний (дефект межпредсердной перегородки).
- I23.2 – Дефект межжелудочковой перегородки.
- I23.4 – Разрыв сухожильной хорды.
- I23.5 – Разрыв папиллярного мышцы.
- I23.8 – Тромбоэмболии различной локализации.
- I23.8 – Острая аневризма сердца.
- I24.1 – Синдром Дресслера.
- I20.0 – Постинфарктная стенокардия (после 3 до 28 суток).
- I25.2 – Постинфарктный кардиосклероз.
- I25.3 – Аневризма сердца хроническая.
- I25.2 – Постинфарктный кардиосклероз.
- I25.6 – Безболевая форма ишемической болезни сердца.

Комментарий

Учитывая динамический характер течения ИБС, в настоящее время предлагается выделять два клинических варианта ИБС:

I. Хронические коронарные синдромы (стабильная ИБС)

II. Острые или нестабильные формы ИБС (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, ОКС).

Необходимо различать тип острого инфаркта миокарда, поскольку он определяет клиническое лечение пациента и влияет на исходы. Характеристика типа ИМ:

1 – спонтанный. Возникает при тромбозе коронарной артерии.

2 – вследствие ишемического дисбаланса. Возникает при ишемии, не связанной с тромбозом: спазм коронарной артерии, длительное повышение нагрузки на сердце или резкое снижение АД у больных с коронарным атеросклерозом, эмболия коронарной артерии и т.п. Инфаркт миокарда 2 типа может возникать как у пациентов с наличием, так и у пациентов с отсутствием коронарного атеросклероза.

3 – приведший к смерти до определения тропонинов. Диагностируется, если внезапная сердечная смерть наступила до забора крови на тропонины, но ей предшествовали симптомы ишемии миокарда.

4а – связанный с чрескожным коронарным вмешательстве (ЧКВ). Диагностируется при повышении уровня тропонинов после ЧКВ в 5 раз.

4б – связанный с тромбозом стента. Диагностируется при появлении у больного с ранее установленным стентом признаков ишемии миокарда в сочетании с повышением уровня тропонинов. Подтверждается результатами коронарной ангиографии или вскрытия.

5 – ассоциированный с аортокоронарным шунтированием (АКШ). Диагностируется при повышении уровня тропонинов после хирургического вмешательства на коронарных артериях в 10 раз.

Риск по системе ТІМІ в баллах. Шкала ТІМІ (Thrombolysis In Myocardial Infarction) учитывает возраст, клиническую картину, изменения ЭКГ, повышение уровня маркеров некроза миокарда для оценки риска. К больным высокого риска следует отнести тех, у кого сумма баллов по системе ТІМІ превышает 4. Высокий балл по шкале ТІМІ говорит о высоком риске смерти, инфаркта миокарда и повторной ишемии, требующей реваскуляризации.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ХСН)

Примеры формулировки диагноза:

1. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК III. Постинфарктный кардиосклероз от 2004 г). ХСН со сниженной фракцией выброса сердца (ФВ) 32%, стадия II А, ФК III.

2. Гипертоническая болезнь, стадия 2, достигнутая степень артериальной гипертензии II, Риск сердечно-сосудистых осложнений.

3. ХСН с сохраненной фракцией выброса сердца (ФВ) 58%, стадия I, ФК II.

Коды по МКБ-10 (I50)

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

I50.0 – Застойная сердечная недостаточность.

Болезнь сердца застойного характера.

Правожелудочковая недостаточность (вторичная по отношению к левожелудочковой сердечной недостаточности).

I50.1 – Левожелудочковая недостаточность.

Сердечная астма.

Левосторонняя сердечная недостаточность.

Отек легкого.

Легочный отек с упоминанием о болезни сердца БДУ или сердечной недостаточности.

I50.9 – Сердечная недостаточность неуточненная.

Сердечная (сердца) или миокардиальная недостаточность БДУ.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней.

По ФВ ЛЖ:

- ХСН_нФВ (<40%) (СН_нФВ)
- ХСН_пФВ (от 40% до 49%) (СН_пФВ)
- ХСН_с ФВ (50% и более) (СН_сФВ).

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

1. Острая левожелудочковая недостаточность.

- интерстициальный отек легких (сердечная астма)
- альвеолярный отек легких.

2. Острая правожелудочковая недостаточность.

Клиническая классификация острой левожелудочковой недостаточности при инфаркте миокарда (Killip T. и Kimball J., 1967 г.):

I класс – клинические признаки сердечной недостаточности отсутствуют;

II класс – отмечается умеренная одышка, ритм галопа и/или застойные хрипы менее, чем над 50% площади легочных полей;

III класс – застойные хрипы определяются более чем над 50% легких или развивается отек легких;

IV класс – кардиогенный шок.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Хроническая болезнь почек (ХБП)

Примеры формулировки диагноза:

1. Аномалия развития почек: частичное удвоение лоханки правой почки. ХБП С1 А1.

Сахарный диабет, тип 2, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) менее 7%.

Диабетический гломерулосклероз. ХБП С3а А3.

2. Гипертоническая болезнь III стадия. Риск сердечно-сосудистых осложнений 4.

Гипертонический нефросклероз. ХБП С3 а А1.

3. IgA-нефропатия. Хронический нефритический синдром. ХБП С3 б А3.

4. Мембранопролиферативный гломерулонефрит. Нефротический синдром. ХБП С 5 Д (гемодиализ с 12.08.2021 г.).

Коды МКБ -10 N18.1-N18.5

18.1 – Хроническая болезнь почек, стадия 1 С1.

18.2 – Хроническая болезнь почек, стадия 2 С2.

18.3 – Хроническая болезнь почек, стадия 3 С3а, С3б.

18.4 – Хроническая болезнь почек, стадия 4 С4.

18.5 – Хроническая болезнь почек, стадия 5 С5.

Комментарий

ХБП определяется по наличию почечного повреждения (патологические отклонения или наличие маркеров повреждения, включая отклонения в анализах крови и мочи или отклонения при визуализирующих исследованиях) или уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) $60 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$ в течение не менее 3 месяцев.

СКФ в большинстве клиник определяется по модифицированной формуле Cockcroft и Gault.

Уровень снижения СКФ используют для обозначения стадий ХБП (С1–С5).

В клиническом диагнозе необходимо отражать категорию альбуминурии (А1–А4). Например, А3 соответствует суточной протеинурии $\geq 0,5 \text{ г}$, А4 $\geq 3,5 \text{ г}$.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Примеры формулировки диагноза

1. Язвенная болезнь с локализацией в антральном отделе желудка, тяжелое течение (более 3 рецидивов в течение года), стадия обострения.

2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия ремиссии.

3. Цирроз печени вирусной этиологии В. Класс С по Чайлд-Пью, декомпенсированный. Осложнения: Печеночно-клеточная недостаточность II степени: желтуха, гипоальбуминемия, портальная гипертензия: варикозное расширение вен пищевода I степени. ДВС синдром в фазе гипокоагуляции.

4. Цирроз печени алкогольной этиологии. Класс С по Чайлд-Пью, декомпенсированный. Осложнения: Печеночно-клеточная недостаточность III степени, желтуха, гипоальбуминемия, портальная гипер-

тензия: варикозное расширение вен пищевода II степени, асцит, гепатоспленомегалия с синдромом гиперспленизма, гепаторенальный синдром. ХПН – 2 ст.

Коды по МКБ-10 (К 26-29)

К.25 – Язвенная болезнь желудка.

К.26. – Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Примеры формулировки диагноза

1. Сахарный диабет 2 типа (целевой HbA1c7%). Осложнения: Хронический болезнь почек ХБП, 3 А стадия (СКФ=54 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, 25.04.08). Диабетическая ретинопатия, пролиферативная. Диабетическая стопа, ишемическая форма, I Ia.

2. Хронический панкреатит, алкоголь-индуцированный, обострение. Осложнение: Вторичный сахарный диабет.

Коды по МКБ-10 (Е -11-13)

E11.7 – Сахарный диабет 2 типа (целевой HbA1c7%).

E13.9. – Сахарный диабет, обусловленный хроническим панкреатитом.

Комментарий

После формулировки диагноза указать индивидуальный целевой уровень гликемического контроля.

Важно! Понятие тяжести СД в формулировке диагноза исключено.

Тяжесть СД определяется наличием осложнений, характеристика которых указана в диагнозе.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Примеры формулировки диагноза

1. Комбинированный по типу конкурирующих заболеваний: 1) основное заболевание: ВИЧ-инфекция 4 Б стадия. стадия прогрессирования (иммунологическое исследование от 20.06.2021 г. СД 4-26). Без антиретровирусной терапии (АРВТ). 2) основное заболевание: Генерализованный туберкулез с поражением легких, плевры, паратрахеальных лимфоузлов (ВК+ от 26.07.2021 г.). Осложнения: Кахексия. Острая дыхательная недостаточность 1 стадия.

2. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 3В (СПИД). Вторичные заболевания: Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с субтотальным поражением обоих легких, распространенным поражением всей толстой кишки. Токсоплазмоз головного мозга: некротический энцефалит с множественным поражением коры. Без антиретровирусной терапии (АРВТ). Осложнение: Отек головного мозга.

Коды по МКБ-10 (В -20-24)

V21.0 – ВИЧ-инфекция с проявлениями инфекционных болезней. Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями с проявлениями злокачественных новообразований.

V20.0 – Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями туберкулеза.

V 22 – ВИЧ-инфекция с проявлениями других болезней.

V23 – ВИЧ-инфекция с проявлениями других состояний

V24 – Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная.

Комментарий

Данное состояние учитывается как заболевание и пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением у врача-инфекциониста. Клиническая стадия ВИЧ инфекции указывается с перечислением всех проявлений и сопутствующей патологии. Иммунологическое исследование СД 4. Обязательно необходимо указать получает или нет пациент АРВТ.

2.3. Особенности оформления клинического диагноза в связи с прогрессом диагностики

В качестве примера отражения прогресса диагностики в формулировке клинического диагноза мы предлагаем рассмотреть фракцию выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), положительную роль определения этого показателя у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Установленным фактом является то, что ХСН, или недостаточность кровообращения (НК) по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, по-прежнему является одной из основных причин смерти больных кардиологического профиля. Традиционно сложившийся клинический стиль распознавания ХСН очень важен и долго имел опорное значение в ее диагностике. Это характерные проявления синдрома недостаточности левых и правых отделов сердца: инспира-

торная одышка разной степени выраженности, кашель и кровохарканье, незвучные мелкопузырчатые хрипы в легких, тяжесть в подреберье, отеки.

Согласно Рекомендациям экспертной группы Европейского общества кардиологов, ХСН диагностируется при наличии клинических признаков сердечной недостаточности и объективных доказательств дисфункции сердца. В Рекомендациях подчеркивается важность клинических данных – опроса, физического исследования больного для диагностики ХСН, однако при этом отмечается, что их обнаружение врачами может не совпадать, в связи с чем, диагностическая значимость синдрома из-за этого субъективизма невысока.

Клиническая ситуация становится еще более сложной при успешной терапии ХСН, регресса ее клинических проявлений. Здесь мы сталкиваемся с несовершенством, ограниченной возможностью классификации ХСН в ее традиционном выражении, так как «положительное» рестадирирование (смена в диагнозе стадии на менее тяжелую) не предусмотрено.

Для отражения динамики ХСН предлагается использовать функциональную классификацию NYHA, с указанием в диагнозе функционального класса (ФК). Однако в определении толерантности к физической активности у пациента с ХСН также присутствует отчетливый личностный, субъективный характер, что закономерно приводит к низкой значимости результатов оценки ФК ХСН у одного и того же пациента разными врачами.

В соответствии с последними рекомендациями Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, а также Клиническими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, ХСН следует классифицировать и в зависимости от значения ФВ ЛЖ. Учитывая значимую роль диастолической дисфункции ЛЖ особенно у пациентов с ХСН и сохраненной ФВ ЛЖ целесообразно характеризовать и состояние диастолической функции ЛЖ.

Наши коллеги – сотрудники кафедры госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины Сиб-ГМУ (Калюжин В.В. и др.), обращая внимание клиницистов на важность состояния функции ЛЖ, предлагают такую актуальную конструкцию конкурирующего клинического диагноза:

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.

Таким образом прогресс в диагностике нашел свое реальное отражение в клиническом диагнозе. Казалось бы, можно с удовлетворением выдохнуть и закончить этот раздел. Но в то же время, дальнейшее изучение ФВ говорит о том, что этот показатель не является идеальным для оценки функции ЛЖ.

В соответствии с текущими рекомендациями ФВ ЛЖ с помощью двухмерной ЭхоКГ (2D) рассчитывается по методу Simpson в двух позициях – четырех- и двухкамерной позиций, полученных из апикального доступа. Здесь имеются некоторые ограничения определения ФВ ЛЖ:

1. Контрактивный резерв. ФВ ЛЖ традиционно рассчитывается в покое, поэтому неизвестно, увеличится ли она при нагрузке (контрактивный резерв сердца). Клиницист не может использовать этот показатель для ответа на вопрос, почему у пациента одышка при физической нагрузке.

2. Клиническая ситуация, при которой у пациента «маленький ЛЖ» (концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ). ФВ у пациентов с небольшими объемами ЛЖ не может служить адекватным показателем оценки функции. УО снижен у больных с концентрической гипертрофией ЛЖ и удовлетворительной ФВ, что очень важно для интерпретации показателя ФВ ЛЖ в клинической практике и необходимости оценки диастолической дисфункции ЛЖ.

3. Положение «вне игры». При оценке ФВ ЛЖ в двух позициях (четырех- и двухкамерной апикальных) в измерение не включается трехкамерная верхушечная позиция. Соответственно, антеросептальные и заднелатеральные сегменты ЛЖ не оцениваются при таком способе расчета ФВ. Если у пациента имеют место нарушения локальной

сократимости в выше указанных сегментах, измеренная ФВ ЛЖ будет выше реальной и не будет отражать истинную картину.

4. Изменение пред- и постнагрузки. Уменьшение постнагрузки отмечается при выраженной митральной недостаточности. Часть крови возвращается обратно в левое предсердие, часть направляется в аорту. Сопротивление выбросу снижается, и значение ФВ ЛЖ оказывается значительно выше реального, при этом УО может быть снижен.

5. Значительно сниженная ФВ ЛЖ. При дилатации полости и сниженной ФВ ЛЖ показатель УО может быть сохранен. Поэтому для оценки тяжести состояния пациентов с выраженной сердечной недостаточностью и сниженной ФВ рекомендуют ориентироваться на абсолютные размеры объемов и их динамику. Индексы конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) тяжелых больных дилатационной кардиомиопатией с низкой ФВ более чувствительны к выраженности сердечной недостаточности, чем показатель ФВ.

Таким образом, оценка ФВ ЛЖ по методу Simpson не всегда отражает реальную сократительную способность миокарда. Поэтому специалистами был предложен показатель деформации миокарда (Strain) характеризующий изменение длины мышечного волокна в конце систолы относительно его длины в диастолу, позволяющий получить представление непосредственно о контрактильности (или сократительной способности) сердечной мышцы, вне зависимости от объемных показателей ЛЖ.

Специальная ультразвуковая методика, получившая название speckle tracking imaging (от англ. – отслеживание точек) – новый приоритетный метод ЭхоКГ оценки Strain миокарда. В зависимости от направления деформации миокарда выделяют продольную (longitudinal), радиальную (radial) и деформацию по окружности (circumferential) ЛЖ. Наиболее широко изучена прогностическая значимость определения глобальной продольной деформации ЛЖ (Global longitudinal strain, GLS), оценка которой включена в современные рекомендации Европейского и Американского обществ специалистов по эхокардиографии. В ряде исследований было показано, что именно GLS обладает наименьшей вариабельностью и является более чувствительным маркером выявления систолической дисфункции миокарда, чем ФВ. В новой рекомендации по оценке функции ЛЖ методом ЭхоКГ предложено совместное использование оценки ФВ и GLS.

И в этом особенности кардиологии – наиболее стремительно развивающейся специальности медицины, при ее необходимости быстро отвечать и соответствовать разным клиническим вариантам течения заболеваний, в том числе с оценкой состояния пациентов после увеличивающихся интервенционных методов лечения.

2.4. Фатальные симптомы в клинике внутренних болезней

Некоторые синдромы в клинике внутренних болезней имеют порой самостоятельное клиническое значение. Они, как правило, позволяют врачу сразу оценивать тяжесть состояния больного, глубину функциональных и структурных нарушений, что особенно важно при наблюдении за больным, в оценке результатов проводимого лечения, его жизненном прогнозе.

Часть симптомов, которыми пользовались в диагностике различных состояний на протяжении столетий, в настоящее время незаслуженно забыты, хотя некоторые из них актуальны и по настоящее время.

Изменение тонов при патологии сердца может обуславливаться усилением физиологических III и IV тонов. Если в норме эти тоны лучше выявляются при графической регистрации на фонокардиограмме, то при значительном ослаблении миокарда желудочков они выявляются и при аускультации. Усиление одного из этих тонов образует трехчленный ритм, называемый ритм галопа. Впервые этот термин применил в 1847 г. французский терапевт Жан Батист Буйо для обозначения звукового феномена, выслушиваемого над сердцем и напоминающего по ритму сочетание звуков, вызываемое галопирующей лошадью.

Классическое описание и анализ этого феномена позже дал Пьер Карл Эдуард Потен, также французский терапевт. Ритм галопа обычно тихий и низкий лучше выслушивается в положении больного на левом боку. Ритм галопа – важный признак слабости миокарда, тяжелого поражения миокарда, имеющий большое диагностическое и прогностическое значение. Он чаще наблюдается при тяжелом его поражении у больных гипертонической болезнью, хроническим гломерулонефритом, а также с инфарктом миокарда, миокардитом, кардиомиопатией, декомпенсированными пороками сердца и, по образному выражению французских клиницистов XIX в., называется «криком сердца о помощи».

В современной медицине ритм галопа уже не является обязательным признаком неблагоприятного исхода, хотя остается симптомом весьма серьезным. Дополнительный тон сердца выслушивается как очень низкий, часто глухой звук в периоде диастолы желудочков.

Хроническая почечная недостаточность – постепенно развивающееся необратимое снижение функции почек, обусловленная медленно нарастающими их изменениями вследствие аномалий развития почек, болезнях обмена веществ, хроническом воспалении почек и др. Умеренное повышение содержания продуктов азотистого распада в крови (азотемия) до определенного времени может не отражаться на самочувствии больного. Однако, затем появляется ряд внешних изменений, на основании которых можно клинически диагностировать уремию. Некоторые из признаков уремии обусловлены тем, что недостаточность функции почек частично компенсируется более активным участием в выделительных процессах кожи, слизистых оболочек, пищеварительных желез. Накапливающиеся в крови токсичные вещества также выделяются серозными оболочками; особенно характерен уремический перикардит, который определяется при выслушивании сердца стетоскопом по характерному грубому шуму трения перикарда. Этот шум обычно появляется в терминальном периоде почечной недостаточности.

Шум трения перикарда в прошлом называли «похоронным звоном», что подчеркивало неблагоприятное прогностическое значение симптома. Использование этого термина нежелательно. Но помнить об этом нужно.

Выделяют в медицине симптомы, являющиеся признаком приближающейся смерти. Так, самым известным описанием является «Лицо Гиппократата». Это напряженное выражение лица с запавшими глазами, заострившимся носом, впалыми щеками и височными ямками, раскрытым ртом, сухими и потрескавшимися губами, холодными вытянутыми ушами и свинцово-бледной кожей, покрытой часто холодным липким потом. Обычно оно наблюдается перед смертью после долгого продолжительного заболевания. Нередко является одним из симптомов разлитого перитонита.

Другой симптом, часто упоминающийся в трудах Гиппократата и встречающийся в литературных произведениях при описании приближающейся смерти – симптом карфологии.

Термин происходит от греческого *karfologia*, что означает «собираание соломинок», травинок (*karfos*) или клочков. В трактате Гиппократом содержится краткое, но превосходное описание движений рук больного: «Вот что я знаю относительно движений рук: у больных острыми лихорадками, перипневмониями, френитами или цефалгиями, руки которых блуждают перед лицом, шарят в пустоте и собирают соломинки, вырывают клочья шерсти из одеяла или вытаскивают солому из стены, также являются плохими и зловещими признаками».

Сегодня термин карфология трактуется как двигательное беспокойство больных, лежащих в постели. Наблюдается при мусситирующем делирии, тифе, терминальной стадии тяжелых соматических заболеваний. Для симптома карфологии характерны автоматизированные движения рук, как бы хватающих пролетающие снежинки или мелкие предметы.

Вышеперечисленные симптомы, безусловно, можно назвать роковыми, фатальными. Для выявления этих симптомов требуется владение врачом методами физического обследования пациента (осмотром, аускультацией). На практическую значимость их распознавания ориентируют как отечественные клиницисты, так и клиницисты западных школ.

2.5. «Золотой стандарт» в диагностике

Показатель, заслуживающий полное доверие принято называть «золотым стандартом». Диагностирование этого показателя (признака болезни, метода исследования) – это способ точного определения болезни. Длительное время медицинские традиции использовали этот стандарт в диагностике заболеваний.

Памятуя о неспецифичности симптомов и синдромов, здесь можно говорить о некоем постоянстве признака, отнесенного к «золотому стандарту», его значимостью при этом заболевании подтвержденной данными патологоанатомических (клинико-морфологических) исследований.

По мере накопления сведений о заболевании, появлении методов обследования первоначальный статус «золотого стандарта» может утратить свое значение и будет заменен на более информативный соответствующий современному уровню медицинских знаний.

Приведем пример. Симптом Мерфи – это задержка дыхания, вызванная болью при пальпации края воспаленного желчного пузыря.

Для исследования симптома Мерфи больной должен лежать на спине и глубоко дышать. В это время врач пальпирует точку под нижним краем правой реберной дуги по срединно-ключичной линии (точку проекции желчного пузыря). Соприкосновение кончиков пальцев врача с воспаленным краем желчного пузыря вызывает боль и рефлекторную остановку дыхания. Этот симптом всегда присутствует при инфекции и калькулезном поражении желчного пузыря или желчных путей.

Джон Б. Мерфи (1857–1916), родом из г. Чикаго, был признанным лидером американской хирургии. Он считается величайшим клиницистом и педагогом своего времени в области хирургии. Имя Мерфи связано с несколькими методиками диагностики острого живота. В статье в 1914 г. Мерфи уверенно заявлял: «Вы можете провести дифференциальный диагноз у постели больного. Вам не нужно идти домой за своими инструментами, не нужно делать анализ крови. Вы только должны уметь пользоваться мозгами и пальцами». Так, в этот период возможностей медицины, к «золотому стандарту» диагностики калькулезного холецистита был отнесен симптом Мерфи.

Однако в настоящее время ультразвуковое исследование стало «золотым стандартом» в обследовании больных с болью в верхних отделах живота. Так как обнаружение камней методом ультразвукового исследования еще не означает, что приступ острой боли в животе вызван острым холециститом, то был предложен так называемый ультразвуковой симптом Мерфи для подтверждения этого диагноза. С помощью ультразвука врач определяет положение желчного пузыря и затем, надавливая на эту область датчиком аппарата, выясняет, является ли эта точка зоной максимальной болезненности у пациента. Считается, что положительный ультразвуковой симптом Мерфи позволяет диагностировать острый холецистит достаточно точно.

Примером «золотого стандарта» может быть и диагностика первичного склерозирующего холангита с помощью ретроградной панкреатохолангиографии. Внутренняя грудная артерия остается «золотым стандартом» для шунтирования передней нисходящей коронарной артерии из-за ее потенциала долгосрочной проходимости. Согласно первым европейским рекомендациям по диагностике и лечению миокардита, «золотым стандартом» диагностики миокардита является биопсия миокарда. В России термин «золотой стандарт» в медицинском обиходе применён в 2008 г. к коронарной ангиографии.

Список можно продолжить. Однако в первое десятилетие XXI в. применение термина «золотой стандарт» в мировой медицине стало объектом критики. В зарубежной медицинской литературе и периодике появились материалы, доказывающие, что конкретные методики, преподносимые как «золотой стандарт», таковыми на самом деле не являются, так как до сих пор не были подвергнуты адекватной научной проверке. После этого англоязычные издательства научной литературы стали предпринимать меры против злоупотребления «звонкой фразой». Так, руководство по стилистике, выпущенное Американской ассоциацией медиков (AMA Style Guide), запрещает авторам использовать словосочетание «gold standard», рекомендуя вместо него более нейтральное «критериальный стандарт» (criterion standard).

Сегодня для клинической практики «золотой стандарт» или «критериальный стандарт» в медицине – оптимальное сочетание диагностических методов или терапевтических мероприятий, позволяющих достичь наилучших результатов в диагностике или лечении.

ГЛАВА III

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОСТАНОВКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

3.1. Чувствительность и специфичность

Одними из основных показателей, характеризующих точность того или иного исследования, являются чувствительность и специфичность.

Давайте рассмотрим показатели чувствительности и специфичности применительно к точности медицинских анализов.

Представим, что мы предложили простой клинический анализ, который отвечал бы на вопрос: есть или нет у пациента заболевание, например, хронический описторхоз, столь актуальный для жителей нашей области. Пусть это будет исследование крови.

Чувствительность диагностического анализа

Проверим, насколько хорошо наш анализ выявляет заболевших людей. Возьмем 100 пробирок, в которых находится кровь точно больных пациентов. Проведем наш анализ и выясним, что в 99 случаях тест показал наличие болезни, а в одном случае болезнь не подтвердилась. Еще раз акцентируем внимание, в пробирках кровь пациентов, гарантированно страдающих хроническим описторхозом.

При полученных результатах чувствительность нашего анализа будет равна 99%. Мы получили 99 истинно положительных результатов и 1 ложноотрицательный. Итак, чувствительность диагностического анализа – это доля пациентов с выявленным заболеванием от всех пациентов с данным заболеванием, выраженная в процентах. Идеальной чувствительностью является стопроцентная чувствительность диагностического анализа. Однако в действительности такое мало достижимо.

Специфичность диагностического анализа

Теперь мы возьмем 100 образцов крови от здоровых людей и выясним, что показывает анализ. Проведя 100 исследований, мы выясняем, что предложенный нами анализ и в этом случае продемонстрировал свою эффективность – 98 анализов дали отрицательный результат, два анализа показали ложноположительный результат. Специфичность нашего теста составляет 98%. Итак, специфичность диагности-

ческого теста – это доля лиц без выявленного заболевания от всех обследованных с отрицательным результатом диагностического теста. Предложенный нами анализ имеет очень высокую чувствительность и специфичность. Давайте применим его на практике для диагностики заболевания.

Итак, мы имеем хронический описторхоз, с заболеваемостью 100 на 100000 населения. Очевидно, что в Томской области с населением в 1 млн человек (в действительности численность населения в 2021 г. составляет 1 070 339 человек, округлим для простоты подсчета), 1000 человек болеют хроническим описторхозом.

Один из жителей Томской области, узнав об анализе, имеющем чувствительность 99% и специфичность в 98%, решил сдать анализ. Результат анализа показал, что у него есть хронический описторхоз. Какова же вероятность того, что он действительно болеет этим заболеванием? Попробуйте ответить на этот вопрос. Ниже мы продемонстрируем верное решение этой задачи. Предположим, что мы решили, проверить все население области на наличие инвазии хроническим описторхозом с помощью предложенного нами анализа.

Исходя из того, что 1% анализов будут иметь ложноотрицательный результат и 2% тестов будут иметь ложноположительный результат. Получится следующее: из каждых 100 исследований мы получим 2 ложноположительных результата. В 1 млн мы получим 20 000 ложноположительных результата, т.е. 20 990 человек получают информацию о том, что по результатам анализа они больны. Из них в действительности больны 990 человек, а 20 000 человек получают ложноположительный результат диагностического теста. Почему всего 990 человек действительно больны? Потому что наш анализ дает 1% ложноотрицательных результата. 1% от 1000 больных – 10 больных, которые получают ошибочный результат о том, что они здоровы. Значит 10 человек из истинно больных получают ложноотрицательный результат, хотя на самом деле они больны, но результат анализа говорит об обратном. Следовательно, врачи должны будут провести дополнительные исследования, чтобы понять, кто из 20 990 человек действительно болен, а кто здоров. Вероятность того, что человек, получивший результат исследования, говорящий о заболевании, действительно болен, составляет $990/20990 \times 100\% = 4,7\%$. Таким образом, вероятность того, что человек, получивший положительный результат исследования, действительно болен, всего составит около 5%. С вероятностью

95% человек, получивший результат анализа, говорящий о болезни – здоров.

Другая сторона рассмотренного примера: мы выявили 979 010 людей, которые с очень высокой долей вероятности не больны (вспомним, что среди них есть 10 больных, которых мы не выявили из-за ложноотрицательных результатов диагностического теста). Результат любого анализа может быть ошибочным, как ложноположительным, так и ложноотрицательным.

Тогда может возникнуть вопрос: как же в таком случае ставятся диагнозы, если даже столь точные анализы как в нашем примере дают столь низкую вероятность того, что человек болен? Здесь уместно напомнить о стиле клинической работы: это последовательное проведение опроса, физического обследования, на основании которых формируется диагностическая гипотеза, назначаются исследования, подтверждающие или опровергающие гипотезу. Диагностическая гипотеза (предварительное диагностическое суждение) должна давать объяснение выявленному измененному показателю (симптому) и не должна противоречить этому симптому. Наконец, явно «выпадающий» показатель, его «правомочность» могут быть проверены другими исследованиями.

Понятия специфичности и чувствительности можно наглядно продемонстрировать также на простом примере внутрисердечных шумов. У значительного большинства больных с выраженным стенозом аортального клапана над последним выслушивается систолический шум. Поэтому систолический шум является довольно чувствительным критерием клапанного стеноза аорты. Когда в процессе диагностики этой патологии ориентируются на наличие систолического шума над клапаном аорты, то у большинства больных удаётся правильно диагностировать её. Лишь у небольшого количества больных с клапанным стенозом аорты установить этот стеноз из-за отсутствия систолического шума не удаётся. Количество ложноотрицательных результатов невелико.

Однако систолический шум над аортальным клапаном как диагностический признак имеет очень низкий показатель специфичности. Это обусловлено тем, что систолический шум над клапаном аорты может выслушиваться и при других состояниях, в том числе, например, при ускорении кровотока через интактный аортальный клапан.

Поэтому если в процессе диагностики клапанного стеноза аорты вы будете ориентироваться только на наличие систолического шума

над клапаном, то вы необоснованно поставите этот диагноз больным, не страдающим этой патологией, т.е. вы получите много ложноположительных результатов.

В то же время высокочастотный убывающий диастолический шум, выслушиваемый вдоль левого края грудины, является довольно специфическим признаком аортальной недостаточности. У здоровых людей практически никогда не удаётся выслушать этот шум, а состояния, которые могут сопровождаться таким шумом, редки. Показатель специфичности этого шума очень высок.

3.2. Повышение информативности данных с позиций доказательной медицины

Доказательная медицина (evidence-based medicine) или медицина, основанная на доказательствах – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных вмешательств принимаются, исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются оценке, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов. Отличием доказательной медицины от традиционной является использование более достоверных доказательств.

После основополагающих работ Арчибалда Кокрейна (A. Cochran), Элвана Фейнштейна (A. Feinstein), Джона Уэннберга (J. Wennberg), Дэвида Сакетта (D. Sackett) в широкий обиход термин «доказательная медицина» был введён группой канадских учёных из Университета Мак-Мастера в 1996 г., после того, как в результате ре-визии всех известных медицинских вмешательств оказалось, что каждое второе из назначенных врачами вмешательств не имело доказательств своей эффективности. Таким образом, среди врачей постепенно росло стремление привести медицину к общему знаменателю, избавить диагнозы и клинические методики от зависимости от мнений отдельных, пусть и авторитетных, людей в пользу объективных критериев.

В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения (в том числе применяемых лекарственных средств) в клинических исследованиях. Под практикой доказательной медицины, нашедшей отра-

жение в положениях GCP (good clinical practice – качественная клиническая практика), понимают использование данных полученных из *клинических исследований* в повседневной клинической работе врача.

Клинические исследования в доказательной медицине строятся по определённым принципам. Одним из ключевых моментов является «двойной слепой метод» клинического испытания: при проведении испытания ни врач, ни сам пациент не знают, получает ли пациент, например, лекарство (лечение) или плацебо (имитацию лечения). Пациент подписывает согласие получать то и другое. Распределение по группам получающих лекарство и получающих плацебо проводится случайным образом. Такое исследование называется рандомизированное контролируемое исследование (РКИ).

РКИ могут быть открытыми и «слепыми» (маскированными). Открытым рандомизированным испытанием считается в том случае, если и пациент, и врач сразу после проведения рандомизации узнают о том, какой вид лечения (вмешательства) будет применен у данного больного. При слепом исследовании больному не сообщается о виде применяемого лечения, и этот момент обговаривается с пациентом заранее при получении информированного согласия на исследование. Врач узнает, какой вариант лечения получит больной, после процедуры рандомизации. При выполнении двойного слепого исследования ни врач, ни пациент не знают, какое из вмешательств применяется у конкретного пациента. В тройном слепом исследовании о типе вмешательства не знают больной, врач и исследователь (статистик), обрабатывающий результаты исследования. Результаты нескольких рандомизированных исследований по какой-то проблеме могут объединяться. Количественный анализ методами статистики объединенных результатов нескольких клинических испытаний одного и того же вмешательства называют мета-анализом.

За счет увеличения размера выборки при мета-анализе обеспечивается большая статистическая мощь, чем в каждом отдельном испытании.

В роли плацебо может выступать «пустышка», если для заболевания еще не существует стандартного эффективного лечения. Если стандартная терапия существует, то используют не «пустышку», а общепринятый метод лечения, иначе это было бы неэтичным и опасным для жизни и здоровья пациентов. Плацебо-контроль нужен потому, что доказано: любые виды вмешательства, в том числе и плацебо, у части

пациентов с функциональными и органическими нарушениями приводят к временному неспецифическому эффекту – пациенты чувствуют улучшения от плацебо! Чтобы препарат был признан действующим, эффект от его приёма должен быть выше, чем у плацебо, и эффективным, когда результат значительно выше плацебо.

С учетом весомости имеющихся доказательств и мнения экспертов используется классификация степеней доказанности (уровней обоснованности) и классов (силы) рекомендаций.

Эффективность какого-либо терапевтического или профилактического вмешательства часто изучается в многочисленных клинических исследованиях, результаты которых могут быть неоднородными. Избежать этих недостатков позволяют систематизированные обзоры – практически научное исследование, материалом для которого являются результаты клинических исследований. Его целью является взвешенное и беспристрастное изучение результатов ранее выполненных исследований. Поиск информации, задача которого состоит во включении всех адекватных исследований, посвященных изучаемой проблеме проводится в различных базах данных, чаще всего к электронным базам данных, таким как eLIBRARY.RU, MEDLINE, EMBASE, PubMed обеспечивающим относительно быстрый доступ к большому объему информации.

Не все клинические исследования обладают одинаковой доказательностью. Эффективность какого-либо терапевтического или профилактического вмешательства часто изучается в многочисленных клинических исследованиях, результаты которых могут быть неоднородными. Избежать этих недостатков позволяют систематизированные обзоры.

Систематизированный (систематический) обзор

Это практически научное исследование, материалом для которого являются результаты клинических исследований. Его целью является взвешенное и беспристрастное изучение результатов ранее выполненных исследований.

Основным требованием является анализ всех качественных оригинальных исследований, посвященных определенной проблеме. Количественная оценка суммарного эффекта, установленного на основании результатов всех изученных исследований проводится с помощью мета-анализа – статистического синтеза количественных результатов нескольких исследований, посвященных одному и тому же вопросу.

Результаты клинических исследований и заключение мета-анализа, сделанного на их основе, обычно используются при написании клинических руководств (рекомендаций).

Клиническое руководство – это систематически разрабатываемые положения, помогающие практическому врачу и пациенту принять правильное решение относительно заботы о здоровье в специфических клинических условиях.

Цель клинических рекомендаций:

- сделать доказательные рекомендации ясными и доступными;
- упростить и сделать более объективными процессы принятия клинических решений у постели больного;
- служить критерием для оценки профессиональной деятельности;
- обеспечить разделение обязанностей (например, между врачом общей практики и специалистом);
- обучить пациентов и врачей лучшим на данный момент способам медицинской помощи;
- повысить экономическую эффективность медицинских услуг;
- служить инструментом внешнего контроля.

Значение клинических руководств (рекомендаций)

- Инструмент повышения качества медицинской помощи информирует об эффективных и безопасных методах диагностики и лечения; способствует внедрению новых эффективных технологий; позволяет избегать необоснованных вмешательств.

- Основа разработки индикаторов качества медицинской помощи (контроль).

- Основа непрерывного медицинского образования (учебники и последипломное образование врачей).

- Оптимизация расходов ресурсов за счет отказа от необоснованных вмешательств.

- Основа экономических расчетов в здравоохранении (таблицы стоимости лечения, перечни госгарантий).

От клинических руководств несколько отличаются протоколы, которые представляют собой инструкцию о действиях в определенных клинических ситуациях и в отличие от руководств оставляют меньше возможностей для клинического мышления. Они обычно предназначены для менее опытного персонала и для использования в более конкретных ситуациях.

Клинические руководства (рекомендации) разрабатываются и утверждаются профессиональными медицинскими ассоциациями (обществами). Обычно они содержат: методы диагностики, классификацию, план и условия ведения больного (продолжительность лечения, этапы, длительность госпитализации и т.д.), алгоритмы ведения больного, уровни достоверности лечебных мероприятий и показания к назначению мероприятия, особенности лечения отдельных групп больных, схемы лекарственной терапии с дозами и другую информацию, необходимую врачу для принятия решений в различных клинических ситуациях.

Эти рекомендации предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для разработки индикаторов качества и управления качеством лечебно-диагностического процесса, разработки типовых таблиц оснащения, непрерывного повышения квалификации врачей, формирования объемов медицинской помощи в рамках государственных гарантий. Поиск информации, задача которого состоит во включении всех адекватных исследований, посвященных изучаемой проблеме, для чего используются различные базы данных (Medline, Cochrane Controlled Trials Register и другие), а также статьи и списки литературы в различных публикациях.

Доказательная сила рекомендаций оценивается в соответствии с их классом и уровнем доказательств.

Классы рекомендаций.

Класс I. Доказательства и/или общее согласие, что данные методы диагностики/лечения – благоприятные, полезные и эффективные.

Класс II. Доказательства противоречивы и/или противоположные мнения относительно полезности/эффективности лечения.

Класс II-а. Большинство доказательств/мнений в пользу полезности/эффективности.

Класс II-б. Полезность/эффективность не имеют достаточных доказательств/определенного мнения.

Класс III. Доказательства и/или общее согласие свидетельствует о том, что лечение не является полезным/эффективным и, в некоторых случаях, может быть вредным.

Уровни доказательств.

Уровень A. Доказательства основаны на данных многих рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.

Уровень Б. Доказательства основаны на данных одного рандомизированного клинического исследования или многих нерандомизированных исследований.

Уровень С. Согласованные мнения экспертов и/или немногочисленные исследования, ретроспективные исследования, регистры.

Самый высокий уровень рекомендаций – I, A.

Использование принципов доказательной медицины предполагает сочетание индивидуального клинического опыта и оптимальных доказательств, полученных путем систематизированного анализа клинических исследований. Поэтому, не правы те, кто придерживается радикальных позиций таких, как отрицание принципов доказательной медицины или придание абсолютного значения результатам клинических исследований.

Каждый врач, организатор здравоохранения, специалист в области общественного здоровья должен знать основные принципы доказательной медицины. Все наши действия по лечению, профилактике заболеваний и укреплению здоровья должны основываться на принципах доказательной медицины, а не на мнении отдельных, даже выдающихся ученых, общественных или политических деятелей.

Клинические руководства не имеют формальной юридической силы, а являются инструментом, помогающим врачам сделать оптимальный терапевтический выбор. Однако они могут использоваться при решении вопросов о правильности лечения, в том числе, и в суде.

От клинических руководств (рекомендаций) следует отличать *стандарты медицинской помощи*, которые разрабатываются на основе клинических рекомендаций и утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Они содержат объемы медицинской помощи (перечень мероприятий, их кратность, их частота).

Эти стандарты предназначены организаторам и экономистам здравоохранения для управления объемами медицинской помощи и расчета тарифов (стоимость законченного случая).

3.3. Клинические исследования лекарственных средств

Вопросы лечения всегда были важнейшими для клинициста. Систематическое внедрение в повседневную практику высокоэффективных лекарственных средств (ЛС), существенно изменило характер течения многих, ранее фатальных заболеваний. Появление большого ко-

личества ЛС привело к возникновению новой медицинской специальности – клинической фармакологии, быстро развивающейся в современных условиях. Эта специальность изучает изменения в больном организме, появляющиеся в ответ на введение ЛС, а также связь этих изменений с динамикой концентрации препарата в крови (фармакокинетика) и ятрогией – новой патологией, вызванной лекарственными препаратами.

Современный врач должен обладать максимальной информацией о побочных лекарственных реакциях и способах мониторингового наблюдения с целью своевременного выявления нежелательных эффектов применяемого ЛС.

Появление клинической фармакологии способствовало формированию системы принципов, нашедших своё выражение в положениях GCP (good clinical practice) – качественной клинической практике, касающихся организации, ведения, этики и деонтологии клинических исследований. На этих принципах в международной клинической практике основаны испытания новых ЛС – клинические исследования. Клинические исследования лекарственного средства это системное изучение лекарственного препарата посредством применения его у человека.

Ниже представлены основные виды клинических исследований ЛС:

1. *Пилотное исследование.*
2. *Рандомизированное клиническое исследование.*
3. *Контролируемое и неконтролируемое.*
4. *Параллельные исследования.*
5. *Открытые и слепые исследования.*
6. *Продольное исследование.*
7. *Одноцентровое и многоцентровое.*
8. *Исследование случай-контроль.*

Поскольку подробное описание перечисленных видов клинических исследований ЛС не входит в задачу труда, поясним их кратко.

Пилотное исследование: предназначено для получения предварительных данных, важных для планирования дальнейших этапов исследования (определение возможности проведения исследования у большего числа испытуемых, размера выборки в будущем исследовании, необходимой мощности исследования и т.д.).

В *рандомизированных* исследованиях участников испытания случайным образом распределяют в группы лечения или контрольные

группы. Процесс случайного распределения участников испытания в группы лечения или контрольные группы называется «рандомизация». Для рандомизации используются разные методы (закрытые конверты, последовательность, созданная компьютером, случайные числа). Для рандомизации необходимы два компонента: создание случайной последовательности и применение случайной последовательности, желательно так, чтобы участникам не была известна эта последовательность. Рандомизация избавляет от потенциальных систематических ошибок.

Контролируемое (иногда используется синоним «сравнительное») клиническое исследование, в котором исследуемое лекарственное средство, эффективность и безопасность которого до конца еще не изучены, сравнивают с препаратом, эффективность и безопасность которого хорошо известны (препарат сравнения). Это может быть плацебо, стандартная терапия или отсутствие лечения вообще. В неконтролируемом (несравнительном) исследовании группа контроля / сравнения (группа испытуемых, принимающих препарат сравнения) не используется. В более широком смысле под контролируемым исследованием имеется в виду всякое исследование, в котором контролируются (по возможности минимизируются или исключаются) потенциальные источники систематических ошибок (т.е. оно проводится в строгом соответствии с протоколом, мониторируется и т.д.).

В *параллельном* исследовании сравниваются две или более группы испытуемых, одна или более из которых получают исследуемый препарат, а одна группа является контрольной. В некоторых параллельных исследованиях сравнивают различные виды лечения, без включения контрольной группы.

В *открытом* исследовании все участники исследования знают, какой препарат получает пациент. Слепое (замаскированное) исследование – когда стороны, принимающих участие в исследовании, держатся в неведении относительно распределения пациентов по группам лечения.

В *продольном* (проспективном, лонгитудинальном, когортном) исследовании (от лат. *longitudinalis* – продольный) проводится наблюдение за группой больных в течение длительного времени. На сегодняшний день такие исследования являются самими достоверными (доказательными) и поэтому проводятся чаще всего.

В отличие от него, в *ретроспективном* (историческом) исследовании изучаются исходы проведенных ранее клинических исследований,

т.е. исходы наступают до того, как начато исследование.

Одноцентровое и многоцентровые исследования – в зависимости от количества исследовательских центров, в которых проводится исследование. Если исследование проводится в нескольких странах, его называют международным.

В исследовании *случай-контроль* сравнивают людей с определенным заболеванием или исходами («случай») с людьми из этой же популяции, не страдающими данным заболеванием, или у которых не наблюдался данный исход («контроль»).

При испытании новых ЛС, высокая активность которых доказана в предварительных исследованиях, прежде всего экспериментальных, необходимо одобрение этического комитета лечебного учреждения.

3.4. Этика современных отношений врача и пациента

Проблема медицины, основанной на доказательствах, глубже, чем обычный сбор, обработка и накопление информации. Можно говорить об изменении мировоззрения врача, о появлении нового кодекса врача, основанного на доказательствах.

Меняется модель взаимоотношения врача и больного. Первое, базисное, различие типов отношений врача и пациента – это различие патерналистской и непатерналистской моделей. Одна отражает традиционный, имеющий многовековую историю, тип отношений, другая новый, который стал формироваться только во второй половине XX в. Переход от патернализма к непатернализму представляет собой революционное изменение во всей системе отношений «врач – пациент».

Патернализм (от лат. *pater* – отец) – этическая концепция, рассматривающая врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом. Отношения врача и больного являются здесь несимметричными. Подобно отношениям родителя и ребенка, врач в патерналистской системе устанавливает особые попечительские отношения над пациентом.

Пациент же выступает фигурой несамостоятельной, неспособной принимать полноценные решения относительно своего здоровья и лечения. Задача врача – заботиться о пациенте, защищать его, принимать оптимальные решения в его адрес. Подобно тому, как родители лучше ребенка знают, что будет ему полезно, а что вредно, так и врач в патерналистской системе считает себя вправе самостоятельно действовать во благо больного.

Такая система взглядов отражена еще в этических работах школы Гиппократов.

Современная этика медицинской помощи в развитых странах – это этика безусловного преобладания непатерналистских отношений. Соответственно, международные этические и правовые стандарты поддерживают именно концепцию непатернализма.

Непатернализм – равенство сторон, партнерское взаимодействие врача и пациента в лечебном процессе. Пациент имеет гарантированные законом права, прежде всего право на автономию (самостоятельное принятие решений).

Именно непатернализм (в гораздо большей мере, чем патернализм), оставляет врачу возможность проявить свои лучшие человеческие качества, но при этом ставит заслон возможному произволу врачей и укрепляет позицию пациента.

Врач в непатерналистской системе этико-правовых взаимоотношений может (и должен) по-прежнему проявлять заботу о больном, но вместе с тем обязан уважать пациента, воспринимать его как полноценную личность, признавать за ним право самостоятельно принимать решения.

ГЛАВА IV

КОНТРОЛЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Организация контроля предоставления медицинской помощи медицинскими организациями

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) здоровья человека является неотъемлемой частью работы специалиста, о которой необходимо знать при профессиональном комментарии состояния больного.

Контроль за способами достижения цели (методы), почему используется такая совокупность приемов исследования (методология) для построения диагностической гипотезы (клинического диагноза) с последующей медицинской помощью – ее объем, качество, условия и сроки, осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Результаты МЭК, оформленные соответствующим актом, являются основанием для применения санкций согласно условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также могут являться основанием для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи территориальным фондом ОМС или страховой медицинской организацией по заданию территориального фонда.

Медико-экономическая экспертиза (МЭС) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. МЭС проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по

вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных Федеральным законом. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи (КМП), включенным в единый реестр экспертов КМП. Экспертом КМП является врач – специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд ОМС, территориальный фонд ОМС, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы КМП поручают проведение указанной экспертизы эксперту КМП из числа экспертов КМП, включенных в единый реестр экспертов КМП. Единый реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения единого реестра экспертов КМП устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию. Результаты МЭК, медико-экономической экспертизы, экспертизы КМП оформляются соответствующими заключениями по формам, установленным Федеральным фондом. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком

оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд ОМС в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным статьей Федерального закона.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи Федеральный фонд ОМС, территориальный фонд ОМС и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Внутренний контроль предоставления медицинской помощи является основным видом контроля. Он включает в себя преимущественно медико-экономический контроль соответствия объема оказанной медицинской помощи медико-экономическим стандартам и состоит из нескольких уровней.

Нулевой уровень предполагает самоконтроль лечащим врачом. Для этого практикуется самостоятельная оценка клинической работы, например, по чек-листу (приложение) проверки медицинской карты стационарного больного. В соответствующих пунктах предусматривается в том числе, контроль наличия предварительного диагноза, соблюдение формы и сроков определения клинического и заключительного диагноза.

Первый уровень осуществляют заведующие клиническими отделениями; второй – заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по организации контроля качества медицинской помощи, заведующий отделом организации и экспертизы качества медицинской помощи, врачи-эксперты; третий – врачебные комиссии, созданные для этих целей в медучреждении.

Контроль качества проводится по законченным случаям медицинской помощи, путем изучения медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, других медицинских документов. В случаях летального исхода соответствие клинического диагноза и причин смерти рассматривает лечебная контрольная комиссия (ЛКК), также при серьезных и показательных для врачей случаях причины этого несоответствия могут быть рассмотрены расширенно на клинико-анатомической конференции.

Любой эксперт внутреннего контроля при выявлении ошибок оформляет дефектную карту. Она определяет материальное вознаграждение – объем выплат надбавки стимулирующего характера. Замечания по ведению медицинской карты, обязательно доводятся до врача и устной форме.

Положения по внутреннему контролю предоставления медицинской помощи постоянно совершенствуются. Важным аспектом этих положений является соблюдение прав граждан на получение медицинской помощи в необходимом объеме и надлежащего качества с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

4.2. Медико-экономический стандарт (МЭС)

Введение ОМС в России потребовало создания и развития системы стандартизации в области охраны здоровья. Стала очевидной необходимость формализации набора медицинских услуг, которые гарантируются государством всем своим гражданам. Именно с процессом стандартизации связывают повышение эффективности лечения пациентов, регулирование и контроль затрат на лечение и охрану здоровья.

В качестве механизма, обеспечивающего защиту интересов застрахованного пациента по объему гарантированной медицинской помощи, были разработаны МЭС, определяющие объем медицинских

услуг в рамках Программы ОМС, средние сроки и требования к результатам лечения при соответствующих заболеваниях, а также объем необходимого финансового обеспечения.

Первые МЭС были разработаны для стационаров в середине 90-х годов. Основной целью было создание действенного документа, определяющего критерии лечебно-диагностического процесса, дифференцированные по задачам и уровням лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), соответствующих лицензиям, выданным уполномоченным лицензирующим органом и дающим право на осуществление медицинской деятельности. Экономические расчеты закладывались из фактических расходов ЛПУ различного уровня за предыдущие годы. Финансирование осуществляется за выполненный объем медицинских услуг по единым тарифам, то есть по усредненным стоимостным показателям в расчете на случай одного пролеченного больного по соответствующей нозологической единице или группе. В тарифах устанавливаются предельные нормы расходов на зарплату, питание больных и приобретение медикаментов. МЭС утверждаются Министерством здравоохранения, фондами ОМС, Министерством финансов, Ассоциацией врачей. Они являются межведомственной инструкцией и действуют для исполнения ЛПУ, работающими в системе ОМС.

МЭС дифференцированы по нескольким уровням: для центральных районных больниц, неспециализированных и специализированных городских отделений, областных, республиканских больниц, отличающихся между собой по длительности пребывания, финансированию и наполнению стандарта.

Структура стандарта медицинской помощи, представляет собой формализованное описание в табличной форме необходимого объема медицинской помощи, которая должна быть оказана пациенту с конкретной нозологической формой (заболеванием), синдромом или в конкретной клинической ситуации. Каждый стандарт начинается с модели пациента, который подлежит курации согласно представленному плану. Модель включает основные характеристики, определяющие тактику диагностики и лечения:

- ✓ наименование нозологической формы или синдрома, соответствующий код по МКБ-10;
- ✓ фазы заболевания и стадия;
- ✓ осложнения (или их отсутствия);

- ✓ условия оказания (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, санаторно-курортная, скорая медицинская, специализированная, высокотехнологичная помощь);
- ✓ функциональное назначение (диагностика и лечение из расчета определенного количества дней) с перечнем медицинских работ и услуг для диагностики заболевания, медицинских работ и услуг для лечения заболевания, и групп международных непатентованных наименований лекарственных средств для лечения заболевания.

Перечисление финансовых средств лечебным учреждениям в системе ОМС производится по конечным результатам, с учетом объема и качества проделанной работы. По результатам работы ЛПУ формируются реестры пролеченных больных и предъявляются счета на оплату в фонд ОМС. В реестре отражается паспортная часть, информация о сроках лечения, код МЭС основного заболевания, код МЭС и код действий врача по сопутствующему заболеванию, тарифы по МЭС, сумма к оплате и результаты лечения. Полученная сумма умножается на коэффициент уровня качества лечения (УКЛ), определяемый самим ЛПУ, который в данном случае является показателем фактического выполнения стандарта и качества проведенного лечения.

МЭС не может быть раз и навсегда застывшим документом или постановлением, он изменяется и совершенствуется параллельно с развитием медицинской науки и изменением экономической, медико-демографической ситуации. Осуществляется периодический пересмотр МЭС в здравоохранении с учетом предложений и замечаний практических врачей, экономистов и сложившегося как позитивного, так и другого опыта.

С целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества, эффективного и рационального использования финансовых средств ОМС введена система контроля качества медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы полностью разделяем тревогу коллег кафедры госпитальной терапии с курсом реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины СибГМУ выпускающей специалистов и процитируем их, так как это отражает реалии, с которыми сталкивается студент, изучающий базовые вопросы клинического диагноза необходимые для начала самостоятельной практической деятельности.

«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, со значительно различающимися требованиями профессиональных медицинских ассоциаций и экспертных сообществ, выглядит весьма туманной».

Многие знают выражение «закрывать гештальт». Наша психика стремится к целостности, к завершению, не закончив, мы испытываем напряжение, стресс, в памяти будет постоянно всплывать это незаконченное дело. Так и с клиническим диагнозом, у постели каждого нового больного, где поля доступа к следам памяти облегчаются при сохранении напряжённости. Сложные моменты постепенно нам удаются и вот оно, приятное чувство завершенности. Мозг может файл с этой работой убирать в наш личный клинический мозговой архив.

Результат и материальные затраты на пути к клиническому диагнозу зависят от качества рабочих гипотез. Так интеллект, опирающийся на постепенно складывающийся клинический опыт, определяет успех работы. Надо помнить, что в практической клинической медицине трудные, неясные больные «появляются» там, где врачи больше думают и анализируют клиническую картину, где квалификация врача выше. Это и есть, в современном понимании «персонифицированная» медицина – новый термин о хорошо известном, но забытом старом.

Правильных и не очень правильных диагнозов в начале работы будет достаточно. Оформление диагноза на первых порах всегда вызывает затруднение. Становление клинического мышления как мышление человека вообще, развивается строго индивидуально, но эффективность этого процесса во многом зависит от умения использовать клиническое обучение: от книги к больному и от больного к книге.

Обогащать свой опыт нужно, используя опыт лекторов по клиническим дисциплинам, опыт врачей, демонстрирующих больных на врачебных конференциях, постоянно быть в курсе материалов клинических рекомендаций, их обновленных версий. При этом очень полезно анализировать этот материал с позиции изученных требований, предъявляемых к клиническому диагнозу. Помните, необходимо следовать единым для всех правилам формулировки клинического диагноза, а не создавать свои. И постепенно, ваше стремление правильно оформить диагноз обретет реальные черты.

Трудитесь с увлечением!

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. В СТРУКТУРЕ ДИАГНОЗА ВЫДЕЛЯЮТ РУБРИКИ (КАТЕГОРИИ)
 - а) основное заболевание
осложнения основного заболевания
сопутствующие болезни
 - б) предварительный диагноз
развернутый клинический диагноз
заключительный диагноз

2. ПРИКАЗОМ МЗ РФ В РОССИИ БЫЛО ВВЕДЕНО ДЕЙСТВИЕ МКБ-10 В
 - а) 1990 г.
 - б) 1997 г.
 - в) 2000 г.
 - г) 2011 г.

3. МЕТОД ПОСРЕДСТВЕННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ ИЗОБРЕЛ
 - а) Д. Мерфи
 - б) П. Потен
 - в) Р. Лаэннек
 - г) В. Гарвей

4. СПЕЦИФИЧНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА – ЭТО
 - а) доля истинно положительных результатов теста
 - б) доля истинно отрицательных результатов теста
 - в) истинно отрицательные и положительные результаты

5. ПАТЕРНАЛИЗМ – ЭТО
 - а) этическая концепция, рассматривающая врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом
 - б) равенство сторон, партнерское взаимодействие врача и пациента в лечебном процессе

6. АВТОР, КОТОРЫЙ ПРЕДЛОЖИЛ ОРИГИНАЛЬНУЮ ТЕОРИЮ ГИДРАВЛИЧЕСКОГО УДАРА В ПРОИСХОЖДЕНИИ ТОНОВ СЕРДЦА
- а) Ю.Д. Сафонов
 - б) В. Гарвей
 - в) Д. Мерфи
 - г) Р. Лаэннек
7. НЕПАТЕРНАЛИЗМ – ЭТО
- а) пациент имеет гарантированные законом права на самостоятельное принятие решений
 - б) условия рассматривающие врача как главную фигуру во взаимоотношениях с пациентом
8. ВЫСШУЮ СТУПЕНЬ В ИЕРАРХИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ЗАНИМАЕТ
- а) когортное исследование
 - б) пилотное исследование
 - в) наблюдательное исследование
 - г) рандомизированное клиническое исследование
9. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА – ЭТО
- а) доля истинно положительных результатов теста
 - б) доля истинно отрицательных результатов теста
 - в) истинно положительные и отрицательные результаты
10. ДОБИТЬСЯ ОДНОРОДНОСТИ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ МЕТОДЫ
- а) контролирования
 - б) открытости
 - в) плацебо-контроля
 - г) рандомизации

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№ задания	Ответ
1.	а
2.	б
3.	в
4.	б
5.	а
6.	а
7.	а
8.	Г
9.	а
10.	Г

Приложение

Проверка медицинской карты стационарного больного

Чек-лист. Как проверить оформление медкарты

Ф. И. О. пациента _____

Ф. И. О. лечащего врача _____

Разделы медкарты стационарного больного (форма 003/у)	Да, 0 баллов	Нет, 1 балл
Лицевая и обратная стороны титульного листа медицинской карты заполнены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Согласие на обработку персональных данных оформлено	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство либо форма отказа от медицинского вмешательства оформлены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пациент ознакомлен под подпись с требованиями лечебно-охранительного режима	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Первичный осмотр лечащего врача внесен в медицинскую карту в полном объеме с указанием времени и даты (не позднее 2 часов с момента поступления в отделение из приемного покоя)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Предварительный диагноз сформулирован не позднее 2 часов с момента поступления пациента в профильное отделение и подписан лечащим врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
План обследования соответствует требованиям стандартов, клинических рекомендаций, порядков медицинской помощи, включает необходимые дополнительные методы исследования, консультации специалистов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
План лечения включает метод хирургического лечения при наличии медицинских показаний и лекарственные препараты, имеющие частоту применения в соответствии со стандартами 1,0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Клинический диагноз сформулирован в течение 24 часов (экстренная госпитализация) и в течение 72 часов в остальных случаях, вынесен на лицевую часть титульного листа медицинской карты с указанием времени и даты и подписан лечащим врачом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обоснование клинического диагноза на основании данных осмотра, дополнительных методов исследования, консультации специалистов, консилиумов, с указанием времени и даты подписано лечащим врачом и заведующим отделением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Предоперационный эпикриз соответствует требованиям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Протокол операции при оперативном лечении, информированное добровольное согласие получено, соответствуют требованиям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Тетенев, Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней: учебное пособие / Ф.Ф. Тетенев. – 3-е изд., перераб. и доп. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2014. – 360 с.
2. Учебная история болезни в терапевтической практике: учебное пособие / Я.В. Поровский [и др.]. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2020. – 150 с.
3. Калюжин, В.В. Корректная формулировка диагноза у пациента с хронической сердечной недостаточностью: реальность или несбыточная мечта? / В.В. Калюжин [и др.]. // Бюллетень сибирской медицины. 2020. – № 19 (3). – С. 128–136. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-3-128-136>.
4. «Фатальные» симптомы в клинике внутренних болезней / Н.В. Сушкова [и др.]. // Международный журнал экспериментального образования. 2016. – № 10. – С. 80–81. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=10566>.
5. Энциклопедия клинического обследования больного / Б. Бейтс, Л. Байкли; пер. с англ. – М.: ГЕОТАРД Медицина, 1997. – 701 с.
6. Мухин, Н.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / Н.А. Мухин, Моисеев В.С. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 848 с. – ISBN 978-5-9704-5327-8. – Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453278.html> (дата обращения: 21.03.2022).
7. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Учебное издание

Ярослав Витальевич Поровский,
Екатерина Борисовна Букреева,
Инна Давидовна Беспалова,
Анна Валентиновна Тетенева,
Александр Иванович Карзилов,
Павел Евгеньевич Месько,
Елена Львовна Мишустина,
Елена Александровна Дементьева,
Александр Федорович Канев,
Константин Федорович Тетенев

МЕТОДИКА И МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Редактор Коломийцев А.Ю.
Технический редактор Коломийцева О.В.
Обложка Гончаров С.Б.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 10.08.2022

Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 4,9 . Авт. л. 3,6.
Тираж 100 экз. Заказ № 21

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru