

ДІАГНОЗ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ: ВИРІШЕНІ ТА ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ

*О.О. Абрагамович, М.О. Абрагамович, С.А. Кристопчук,
У.О. Абрагамович, А.Б. Федець, Я.Л. Лещук,
Є.С. Абрагамович, В.В. Мазур, Н.І. Заремба*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ключові слова: діагноз, формулювання діагнозу, функціональний клас хворого.

Попри переконливі успіхи клінічної медицини є низка проблем, які тривалий час лишаються нерозв'язаними. Зокрема це формулювання діагнозу, уніфікація засад його написання, які б відповідали вимогам сьогодення, розуміння цієї проблеми організаторами охорони здоров'я, клініцистами, клінічними патологами, статистами, а в подальшому і страховими компаніями.

Як відомо, в процесі надання медичної допомоги хворим, які потребують лікування у стаціонарі, послідовно встановлюють такі діагнози:

1. Діагноз, сформульований лікарем або лікувальним закладом, які направляють хворого в клініку (зазначається у направленні на госпіталізацію). В окремих випадках можливим є написання діагнозу як симптому або синдрому (наприклад, «гарячка нез'ясованого генезу» тощо).

2. Попередній діагноз на момент госпіталізації (якщо госпіталізацію організовано через поліклініку — лікар поліклінічної ланки формулює, записує в амбулаторну картку і вказує, що хворий потребує лікування в стаціонарі, після чого його направляють у приймальне відділення лікарні, якщо ж госпіталізація проводиться через приймальне відділення лікарні — формулює його лікар і записує, окрім журналу реєстрації, у відповідну рубрику на титульній сторінці історії хвороби). На цьому етапі також в окремих випадках діагноз також може бути вказаний як головний симптом або синдром (наприклад «анемічний синдром нез'ясованого генезу»).

3. Клінічний діагноз, який потрібно сформулювати протягом трьох діб перебування хворого у стаціонарі:

3.1. Попередній діагноз, який обґрунтовується інформацією, отриманою під час збирання анамнезу (з паспорта, скарги, анамнезу хвороби, життя, результати об'єктивного обстеження — загально-го, за системами з отриманням інформації візуально, пальпаторно, перкуторно й аускультативно, а також результатів лабораторного й інструменталь-

ного обстежень, які в більшості випадків у недостатньому обсязі зроблені на етапі до госпіталізації в стаціонар).

3.2. Власне клінічний діагноз, який ґрунтується на попередньому діагнозі та на результатах лабораторно-інструментальних обстежень (проведених у стаціонарі або в амбулаторних умовах, з тим, що їхні результати записано з відповідних документів в історію хвороби) із зазначенням основного (наприклад, у більшості випадків є один, але можуть бути два і більше основні діагнози — коли є так звані конкуруючі, поєднані, фонові, комбіновані захворювання), його ускладнень, супутніх діагнозів, вказаних у порядку клінічного значення.

Обов'язково слід зазначити час встановлення діагнозу.

4. Заключний клінічний діагноз:

4.1. Діагноз клінічний заклучного епікризу — формулюють під час виписування хворого зі стаціонару з урахуванням усіх коректив, внесених до обстеження у процесі лікування, результатами лікування в момент виписування з лікарні. Зазначають в епікризі, у відповідній рубриці на титульній сторінці історії хвороби, у витязі з історії хвороби, який видають хворому.

4.2. Діагноз посмертний — формулюють у випадках смерті хворого з урахуванням усіх коректив, внесеними до обстеження у процесі лікування, результатами лікування. Записують в епікризі, у відповідній рубриці титульної сторінки історії хвороби.

Так діагноз може називатися у тих випадках, коли його встановлено в термінальному періоді або після смерті хворого на підставі останніх спостережень і коли він відрізняється від клінічного діагнозу, який встановлено за життя, не підкріплений і не підтверджений результатами обстеження та всього перебігу хвороби [4].

Оптимальна назва — заклучний діагноз епікризу.

4.3. Патолого-анатомічний діагноз — формулює прозектор після секції тіла з урахуванням результатів патоморфологічного дослідження тканин по-

мерлого. Копія протоколу додається до історії хвороби померлого.

Головною причиною смерті потрібно вважати найважливіше ускладнення основного захворювання, яке або само по собі, або через подальші, спричинені ним ускладнення, призводить до смерті.

Варто зауважити, що «правильним» клінічним діагнозом слід вважати такий, після встановлення якого проводять доцільні направлення і повні, за конкретних умов, лікувально-профілактичні заходи, тому він повинен бути своєчасний (ранній) і повний (розгорнутий), логічний, нозологічний, етіологічний та патогенетичний.

Основним вважається те захворювання (або травма), яке саме по собі або через свої ускладнення спричинило звертання хворого по медичну допомогу, стало причиною госпіталізації та (чи) смерті.

Здебільшого в клінічній практиці зустрічаємо поліорганні та полісистемні ураженнями хворого. Тоді проблемним є встановлення основного захворювання. Для цих випадків у практику введено такі поняття, як конкуруючі, поєднані, фонові захворювання, комбіноване основне захворювання.

Конкуруючі — це захворювання, виявлені у хворого одночасно, кожне з яких може окремо бути причиною смерті.

Поєднані — це захворювання, кожне з яких окремо практично не призводить до смерті, але, виникаючи одночасно, можуть стати причиною смерті.

Фонові — це захворювання, які мають суттєве несприятливе значення в патогенезі основного захворювання, обстежують його перебіг і спричинюють смертельні ускладнення.

Комбіноване основне захворювання — це поєднання конкуруючих, поєднаних і основного, а також фонового захворювань, які мають бікаузальний або мультикаузальний генез.

Супутні захворювання — це ті хвороби, які не асоційовані безпосередньо з основним захворюванням, мають свої ускладнення і можуть впливати на перебіг основного захворювання.

Акцентуємо увагу на тому, що у клінічному діагнозі завжди повинна бути конкретна нозологічна одиниця, а не синдром або симптом.

Слід зазначити, що науково обґрунтовані вимоги до формулювання діагнозу не є догмою, вони динамічно змінюються, паралельно з прогресом у медицині, поглибленням знань про причини, перебіг, ускладнення хвороб.

Відомо, що основою для діагнозу є класифікація хвороби, яка, відповідно до вимог сьогодення, має ґрунтуватися на Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Цілком очевидно, що кожна школа має своє бачення варіантів її розв'язання. Ми вважаємо, що:

1. Написання діагнозів в Україні повинно бути уніфікованим.

2. МКХ-10 може бути взята за основу, але для повного клінічного діагнозу потрібно використовувати сучасні класифікації терапевтичних хвороб,

створених провідними фахівцями або колективами, які затверджені на з'їздах і рекомендовані МОЗ України.

3. У кожному діагнозі, окрім нозологічної одиниці, має бути інформація про визначальний етіологічний і патогенетичний чинники, клінічний варіант хвороби, її перебіг, тяжкість, ускладнення, а також закінчуватися вказанням на ступінь порушення функції ураженого органа або системи.

У кардіології це стадія серцевої недостатності (СН), яка характеризує ступінь порушення функції серцево-судинної системи (ССС). У пульмонології це ступінь дихальної недостатності (ДН), у ревматології — функціональна недостатність суглоба (ФНС), у нефрології — ступінь ниркової недостатності (НН). Складніше вирішується це питання у гастроентерології. Вважаємо за доцільне у випадках комбінованих варіантів ураження органів травлення, вказавши у відповідному місці ступінь порушення функції (стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози, печінки та позапечінкових жовчовивідних шляхів, кишки), вказати стан травлення загалом [недостатність травлення (НТ) 0 — процес травлення не порушений, НТ I — компенсований, НТ II — субкомпенсований, НТ III — декомпенсований].

Якщо уражено лише одну систему, то діагноз слід закінчувати тільки вказанням ступеня порушення функції цієї системи (в окремих випадках стадія ураження відповідає ступеню).

Дотримуючи логічної вимоги до засад остаточного формулювання діагнозу, яке передбачає вказання ступеня порушення функції ураженого органа або системи, слід зазначити, що в таких розділах інтерністики, як ендокринологія, гематологія, неврологія, алергологія, профпатологія цього не практикують, що, на нашу думку, потребує доопрацювання.

Приклади формулювання діагнозів:

1. Ішемічна хвороба серця: постінфарктний кардіосклероз (дата інфаркту міокарда), хронічна аневризма передньоперегородкової ділянки лівого шлуночка; СН ІІА стадія, систолічний варіант; ФК ІІІ (дата до лікування), ФК ІІ (дата в кінці лікування).

2. Ревматоїдний артрит: серопозитивний; поліартрит (суглоби кисті, стопи, надступаково-гомількові) з системними проявами (полінейропатія, вузлики, синдром Рейно); активна фаза; ІІІ ступінь активності; ІV рентгенологічна стадія; ФНС ІІІ.

3. Хронічний бронхіт: гнійний; обструктивний; дистальний; перебіг з частими загостреннями; фаза загострення, ІІ стадія; емфізема легень; ДН ІІ ступеня, за обструктивним типом; хронічне легеневе серце у фазі компенсації.

4. Цироз печінки: вірусної етіології [з вказанням типу вірусу (В, С, D тощо), фази інтеграції або реплікації]; великовузловий; перебіг зі швидким прогресуванням; активна фаза ІІІ (виражена); портальна гіпертензія декомпенсована І (початкова); печінково-клітинна недостатність ІІІ (некомпенсована); НТ ІІІ.

5. Хронічний гломерулонефрит: нефротична форма; мезангіокапілярний варіант; гіпертензивна стадія; фаза загострення; ХНН II ступеня.

6. Залізодефіцитна анемія: ендогенна, за типом ювенільного хлорозу.

7. Гіпопаратиреоз: післяопераційний; маніфестантна форма з частими нападами тетанії; двобічна полярна катаракта; астенодепресивний синдром.

8. Атопічний дерматит: IgE-залежний; змішана форма; генералізований з ураженням шкіри верхніх кінцівок, шиї, верхньої частини спини; середнього ступеня тяжкості; розгорнута картина; гостра фаза; ускладнений шкірною формою герпесвірусної інфекції (вірусом простого герпесу I типу).

9. Хронічна інтоксикація свинцем: середньої тяжкості; з астеничним синдромом, порушенням порфіринового обміну, анемії легкого ступеня і вегетативно-чутливого поліневриту кінцівок.

10. Синдром тривалого стиснення тканин: унаслідок постійного стиснення правої гомілки з поєднаними ураженнями магістральних судин і нервових стовбурів; ускладнений незворотною ішемією кінцівки середнього ступеня тяжкості; ранній період; травматичний шок I ступеня [1, 2].

Нагадуємо, що *життєдіяльність* — повсякденна діяльність, що здатна забезпечити існування людини, іншим членам суспільства та всьому суспільству загалом шляхом навчання, спілкування, орієнтації, пересування, самообслуговування, контролю за своєю поведінкою, участі у трудовій діяльності. Життєдіяльність — це інтеграція фізичних, психологічних і соціальних функцій людини.

Обмеження життєдіяльності — неможливість виконувати повсякденну роботу способом і в обсязі, звичайними для людини, що створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить її у незручне становище порівняно зі здоровими і виявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації, призводить до соціальної дезадаптації.

Категорії (критерії) життєдіяльності — це здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності.

Ступінь обмеження життєдіяльності — величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується однією або поєднанням кількох зазначених найважливіших її критеріїв. Виділяють три ступеня: помірно виражений, виражений, значний [4, 5].

1. Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функції органів і систем організму, що призводять до незначного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

2. Виражене обмеження життєдіяльності зумовлене порушенням функції органів та систем орга-

нізму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

3. Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводять до неможливості або істотного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності та супроводжується потребою у сторонньому догляді (сторонній допомозі).

На прикладі результатів роботи терапевтичного відділення Львівської обласної клінічної лікарні, в якому за 1 рік перебуває 610 хворих, ми маємо підстави стверджувати, що лише кожен п'ятий пацієнт (21,6%) лікувався тут з приводу ураження одного органа або однієї системи. Серед них домінували хворі з ураженням лише дихальної системи (42,4%), далі — з патологією серцево-судинної системи (31,8%), а також травної системи (19,0%). Приблизно однаковий відсоток хворих, які лікувалися з приводу лише ураження сечовидільної (3,7%) або кістково-суглобової систем (3,0%).

З одночасним ураженням двох систем у відділенні перебували 33,4% пацієнтів, найчастіше серцево-судинної та дихальної систем (17,6%), серцево-судинної і травної (13,7%), серцево-судинної та кістково-суглобової (12,3%) систем.

Одночасно три органи або системи були причиною лікування у відділенні 30,7% хворих, у яких однаково домінували з ураженням серцево-судинної, дихальної та кістково-суглобової систем (9,6%), серцево-судинної, дихальної та сечовидільної (9,6%), серцево-судинної, травної та сечовидільної (9,6%), серцево-судинної, ендокринної, травної (8,6%), а також серцево-судинної, ендокринної та сечовидільної (6,9%).

В 11,0% пацієнтів була одночасна патологія чотирьох органів або систем: найчастіше серцево-судинної, ендокринної, травної, кістково-суглобової (11,9%) та серцево-судинної, травної, сечовидільної, нервової систем (11,9%), серцево-судинної, травної, сечовидільної, кістково-суглобової систем та серцево-судинної, травної, ендокринної, дихальної систем (по 7,5%), а також серцево-судинної, травної, кістково-суглобової, сечовидільної та серцево-судинної, травної, кістково-суглобової, нервової, а також серцево-судинної, травної, дихальної, кістково-суглобової систем (по 4,5%).

Значно менше (3,3%) лікували хворих з одночасним ураженням п'ятих органів і систем, найчастіше (20,0%) травної, кістково-суглобової, ендокринної, сечовидільної та нервової систем. В два рази рідше (по 10,0%) зустрічалися хворі з патологією серцево-судинної, кістково-суглобової, ендокринної, травної та сечовидільної систем, серцево-судинної, кістково-суглобової, ендокринної, сечовидільної, нервової систем і серцево-судинної, кістково-суглобової, ендокринної, дихальної, сечовидільної систем.

Таким чином, 78,4% хворих, яким надають допомогу в терапевтичному відділенні медичного закладу III рівня акредитації, мають одночасне ураження двох і більше органів та систем.

У таких випадках ми вважаємо доцільним написання діагнозу закінчувати вказанням функціонального класу хворого (ФКХ), який не є аналогом ФК хворого кардіологічного профілю, оскільки несе інформацію про стан усіх уражених органів і систем — ФКХ I, ФКХ II, ФКХ III, ФКХ IV. Їх критерії, за нашим визначенням, такі: ФКХ 0 — необмежена життєдіяльність (поєднання кількох захворювань у фазі ремісії, які не спричинюють обмеження життєдіяльності); ФКХ I — помірно виражене обмеження життєдіяльності (у більшості випадків це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами III групи); ФКХ II — виражене обмеження життєдіяльності (здебільшого це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами II групи); ФКХ III — значне обмеження життєдіяльності (у більшості випадків це хворі, які за певних умов можуть бути визнані інвалідами I групи); ФКХ IV — вкрай тяжкий стан хворого, часто не сумісний з життям (prognosis pessima).

ФКХ — це динамічний показник, який може змінюватися під впливом лікування і в разі ФКХ I, ФКХ II, ФКХ III змінюється до і після лікування.

1. Хронічний гастрит: асоційований з Нр [тип В (III ступінь обсіменіння)]; антрального відділу шлунка; поверхневий, II ступінь активності запального процесу; збережена секреторна функція шлунка; фаза ремісії; НТ I. Нейроциркуляторна дистонія: психогенна; з кардіальним синдромом; фаза ремісії; легкого ступеня тяжкості; СН 0 стадії. ФКХ 0.

2. Реактивний артрит: урогенітальний генез; гострий перебіг; олігоартрит суглобів нижніх кінцівок, лівобічний сакроілеїт, I стадія, II ступінь активності, ФНС I; гострий хламідійний уретрит; афтозний стоматит. ФКХ I (дата до лікування), ФКХ 0 (дата в кінці лікування).

3. Системна склеродермія: хронічний перебіг; II стадія; I ступінь активності; з ураженням шкіри

(індурація шкіри обличчя і верхніх кінцівок, вогнищева гіперпігментація), периферійних судин (телеангіектазії, синдром Рейно), суглобів (згинальні контрактури ліктьових суглобів, ФНС I), легенів (фіброзуючий альвеоліт, ДН II ступеня, за рестриктивним типом), щитоподібної залози (гіпотиреоз). ФКХ II (дата до лікування), ФКХ I (дата в кінці лікування).

4. СЧВ: гострий перебіг; III ступінь активності; з ураженням шкіри та її придатків («метелик», ексудативна еритема, дифузна алопеція), суглобів (підгострий поліартрит, ФНС I), серозних оболонок (ексудативний перикардит), серця (дифузний міокардит, СН I стадія, систолічний варіант; ФК II), легенів (гострий пневмоніт, ДН II ступеня, за рестриктивним типом). ФКХ III (дата до лікування), ФКХ II (дата в кінці лікування).

5. Цироз печінки: вірусної етіології [з вказанням типу вірусу (В, С, D тощо), фази інтеграції або реплікації]; великовузловий; перебіг зі швидким прогресуванням; активна фаза III (виражена); портальна гіпертензія III (некомпенсована); печінково-клітинна недостатність III (некомпенсована); НТ III. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (дата ІМ), хронічна аневризма передньоперегородкової ділянки ЛШ; СН ІА стадія, систолічний варіант; ФК III (дата до лікування), ФК II (дата в кінці лікування). ФКХ IV (дата до лікування), ФКХ III (дата в кінці лікування).

Вважаємо за доцільне ініціювати дискусію з цього приводу, яка через адекватні заходи повинна закінчитися закономірним рішенням МОЗ України про уніфікацію формулювання діагнозів у клініці внутрішніх хвороб, яке, на нашу думку, враховуючи специфіку діяльності лікаря-інтерніста, повинно ґрунтуючись на МКХ-10 та робочих класифікаціях провідних фахівців України, формулюватися за етіологічним, патогенетичним принципом та закінчуватися інтеграційним показником — функціональним класом хворого (ФКХ), який відображає сумарний результат його стану.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Внутрішні хвороби (посібник у 10 частинах) / За ред. О. О. Абрагамовича, Л. В. Глушка, А. С. Свінціцького. — Львів: Атлас, 2004. — Т. 1. — 528 с., Т. 2. — 726 с.

2. *Нетяженко В.З.* Класифікація внутрішніх хвороб. Діагностичні заходи та алгоритми лікування. Частина I: кардіологія, ревматологія. — К.: Асоціація лікарів-інтерністів України, 2001. — 280 с.

3. Сучасні класифікації та принципи формулювання діагнозів у клініці внутрішніх хвороб (навчальний посібник) / За ред. О. О. Абрагамовича. — Львів: ПП «Кварт», 2005. — 322 с.

4. *Шмурич Р.И.* Об ошибках поликлинической и клинической диагностики с точки зрения практического врача-патологоанатома // *Клин. медицина*. — 1995. — № 5. — С. 79—81.

5. *Шмурич Р.И.* Формулировка диагноза и анализ качества клинической диагностики // *Журн. неврол. и психиатр.* — 1985. — № 12. — С. 1873—1874.

ДИАГНОЗ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: РЕШЕННЫЕ И ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

**О.О. Абрагамович, М.О. Абрагамович, С.А. Кристопчук, У.О. Абрагамович,
А.Б. Федец, Я.Л. Лещук, Е.С. Абрагамович, В.В. Мазур, Н.И. Заремба**

В статье представлена информация о классификации диагнозов в клинике внутренних болезней, принципах формулировки. Приведены конкретные примеры формулировки диагнозов согласно МКХ-10 и современным классификациям, утвержденным на съездах и рекомендуемым к потреблению МЗ Украины. На примере результатов работы терапевтического отделения Львовской областной клинической больницы, в котором за 1 год проходят лечение 610 больных установлено, что каждый пятый пациент (21,6%) лечился в отделении по поводу поражения одного органа или одной системы, а в 78,4% случаях одновременно поражены два и более органов системы. В этих случаях предлагается написание диагноза заканчивать указанием интеграционного показателя — функционального класса больного, критерии которого предложены авторами.

DIAGNOSIS IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES: THE SOLVED AND CONTROVERSIAL ISSUES

**O.O. Abrahamovych, M.O. Abrahamovych, S.A. Krystopchuk, U.O. Abrahamovych,
A.B. Fedetz, Y.L. Leshchuk, E.S. Abrahamovych, V.V. Mazur, N.I. Zarembo**

The information about classification of diagnoses in the clinic of internal diseases and principles of formulation are discussed in this article. Specific examples of diagnoses according to ICD-10 and current classifications approved by scientific congresses and recommended by the Ministry of Health of Ukraine are given. The Department of Internal Diseases of Lviv Regional Clinical Hospital was chosen as an example. Annually 610 patients are usually treated in this department. It has been established that only in every fifth patient (21.6%) one organ or system was affected and in 78.4% of patients two or more organs and systems were affected. In these cases we suggest to add at the end of diagnosis integrative index — functional class of the patient, criteria of which are proposed by the authors.