

Л.В.Кактурский.

Директора НИИ морфологии человека РАМН, президента Российского общества патологоанатомов

Как сформулировать диагноз?

Медицинская газета. №82 21.10.2005

Избежать «подводных камней» при оформлении истории болезни удастся не всегда, но стремиться к этому надо.

Особое мнение

Наиболее часто трудности при оформлении диагноза возникают, когда речь идет о комбинированном основном заболевании, когда больной умирает не от одной, а от двух или трех болезней. Таких комбинированных заболеваний существует три разновидности: конкурирующие, сочетанные или фоновые. Все они представляют собой разновидности основного заболевания.

Конкурирующие заболевания - каждое из которых само по себе в отдельности могло привести к смерти больного-.

Сочетанные заболевания - которые сами по себе в отдельности не могли бы вызвать летального исхода, но приводят к смерти, когда сочетаются у тяжелого больного.

Фоновые заболевания - которые отягощают течение основного заболевания и (что особенно важно) при этом включаются в его патогенез. Эту простую в общем мысль, к сожалению, понимают далеко не все клиницисты и патологоанатомы.

Вышесказанное не всегда соблюдается в формулировке диагноза. Сплошь и рядом, например, гипертоническая болезнь при инфаркте миокарда фигурирует в рубрике сопутствующих заболеваний, хотя на самом деле ее надо поместить в рубрику основного заболевания, потому что она включается в патогенез инфаркта и усугубляет общее состояние. То же относится и к сахарному диабету при инфаркте миокарда.

Хотя комбинированные заболевания в составе основного заболевания имеют юридически равные права, в медицинской статистике кодируется, шифруется только то, которое выставлено на первое место. И врач стоит перед необходимостью выбирать, чему же отдать предпочтение.

Вопрос выбора всегда бывает труден, поэтому следует руководствоваться какими-то критериями. Самое основное: на первом месте должно стоять то заболевание, та нозологическая форма, которая имела наибольшую вероятность быть причиной смерти и сыграла ведущую роль в танатогенезе. Это банальная истина, которая должна быть взвешена на весах врача.

Если у больного инсульт головного мозга и инфаркт миокарда, то надо решить, что поставить на первое место в диагнозе в зависимости от их роли в танатогенезе - либо отек головного мозга, либо сердечную не-достаточность.

Этот критерий, к сожалению, иногда не срабатывает, и тогда надо иметь другие критерии, чтобы чему-то отдать предпочтение.

В частности, надо отдать приоритет той нозологической форме, которая более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспекте.

Допустим, вы затрудняетесь, что играло ведущую роль в танатогенезе: инфаркт миокарда или атипичная пневмония. Естественно, вы должны отдать приоритет атипичной пневмонии, потому что она более значима как в социальном, так и в санитарно-эпидемиологическом аспекте.

Но танатогенетический критерий все равно стоит на первом месте. Если и это не срабатывает, надо отдавать предпочтение нозологической форме, которая соответствует профилю лечебно-профилактического учреждения или отделения. Например, если больной при равновероятностной роли причины смерти умирает от инфаркта миокарда и инсульта головного мозга в кардиологическом центре, там ставят диагноз «инфаркт миокарда». Это удобный критерий.

Если вышеперечисленные критерии не срабатывают, то патологоанатомы вынуждены идти на поводу у клиницистов, поскольку те наблюдали больного, и той нозологической форме, которую клиницисты поставили на первое место в клиническом диагнозе, патологоанатомы также отдают предпочтение (если у последних нет других оснований поменять их местами). И еще: надо отдавать предпочтение нозологической форме, которая потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, по поводу которых делалась сложная операция, были сложные диагностические процедуры и т.д.

Когда эти мысли о комбинированных заболеваниях стали внедряться в умы и патологоанатомов, и клиницистов, я, выступая на одной из клинко-анатомических конференций, получил вопрос: а сколько может быть конкурирующих или сочетанных заболеваний в составе комбинированного заболевания? Юридически, формально здесь не должно быть ограничения, их может быть действительно 3-4 и больше, но когда я высказал эту мысль, то понял, что выпустил джинна из бутылки, потому что за это с радостью ухватились, и вслед за этим на меня «посыпались» клинические диагнозы, в которых клиницисты ставили несколько (4-6) основных заболеваний одному и тому же больному. А у старого человека, например, болезней обычно много, и вдруг их все выставляют в рубрику основного заболевания.

Это является отрицательной тенденцией, хотя понятие «полипатия» имеет право на существование. У каждого человека, особенно с возрастом, увеличивается число заболеваний и они все играют определенную роль в отягощении основного заболевания. Однако злоупотребление термином «полипатия» приводит к тому, что клиницисты и патологоанатомы уходят от каузального мышления и среди множества связей теряют главные, определяющие - причинно-следственные.

Полипатию требуется по возможности свести к монокаузальному или, в крайнем случае, к бикаузальному диагнозу. Все же другие обнаруженные нозологические единицы указываются в качестве сопутствующих заболеваний.

Для нас одним из критериев оценки правильности посмертного диагноза является соответствие

- расхождение или совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов. Эти критерии зависят даже от профиля учреждения. Например, одно и то же заболевание может в одних случаях расцениваться как расхождение, а в другом нет.

В больнице общего профиля, если не распознана локализация инфаркта миокарда (был в передней стенке, а на вскрытии оказался на задней), это не считается расхождением диагноза. А в кардиоцентре или кардио-логическом отделении то же самое следует считать расхождением. Так же и в онкологии - рак левого или правого легкого и т.д. В зависимости от профиля больницы, даже если совпала нозология, для расхождения диагнозов может иметь значение расхождение по локализации процесса. Бывают ситуации, связанные с запоздалой диагностикой. На вскрытие поступает умерший с правильным диагнозом, то есть вскрытие подтверждает клинический диагноз. Но когда мы анализируем историю болезни, выясняется, что на протяжении всей болезни - от поступления больного до момента смерти - об этом правильном диагнозе речь не шла, то есть об истинном заболевании не думали и оно было определено в самый последний момент непосредственно перед смертью, либо даже посмертно. Это когда собирается консилиум и его участники начинают думать: отчего же все-таки умер больной? И кому-то приходит в голову правильный диагноз. Формально и юридически вроде бы расхождения нет, но по сути такие случаи тоже надо считать расхождением диагнозов. Мы еще не дошли до того, чтобы юридически здесь предъявлять расхождение, но тем не менее в клинко-анатомическом эпикризе должны

высказать особое мнение: в данной ситуации речь идет о фактическом расхождении, потому что в течение всей болезни ни разу не упоминалось заболевание или его осложнение, от которого больной умер, поэтому речь идет о поздней диагностике заболевания.

Это напоминает ситуацию в судебной практике: там тоже высказывается особое определение, которое не влияет на приговор. Когда в свое время я высказал эту мысль, она даже среди патологоанатомов встретила противодействие, потому что мы в таких случаях пока еще не имеем права ставить расхождение диагнозов.

Надо иметь в виду, что юридическую силу имеет только тот клинический диагноз, который вынесен на обратную сторону титульного листа истории болезни. Он дублируется еще в посмертном эпикризе, и иногда бывают расхождения в формулировке того и другого диагноза.

Ятрогений почти не видно

Медицинское свидетельство о смерти - документ, который выдается в оперативном порядке довольно рано, сразу после вскрытия (его нельзя задерживать, так как речь идет о погребении тела умершего). После этого остается время на то, чтобы глубже проанализировать историю болезни, сделать дополнительные гистологические исследования, уточнить диагноз. Иногда бывает, что вследствие этого диагноз меняется. Поэтому статистике, основанной на медицинских свидетельствах о смерти, всегда не очень доверяли. Позитивную роль в вопросе правильной формулировки диагнозов сыграло то, что кодирование причин смерти после внедрения в практику МКБ-10 возложено на патологоанатома (раньше причины смерти кодировали только медстатистики).

Теперь еще несколько слов о требованиях МКБ-10 к формулировке диагнозов. В частности в

ней предусмотрены рубрики, где одновременно кодируются разные патологические состояния и их осложнения.

Например, острый аппендицит и разлитой перитонит находятся в одной рубрике. Удобно, когда в одной рубрике и заболевание, и его осложнение. Это облегчает трактовку заболеваний. Еще пример: ущемленная грыжа передней брюшной стенки с гангреной и непроходимостью кишечника в одной рубрике. Опять же - заболевание и осложнение, которые часто встречаются именно в таком виде. Это позитивное начало в МКБ-10.

Очень хорошо, что в МКБ-10 ятрогенная патология представлена гораздо шире, чем в МКБ предыдущего, 9-го пересмотра. Но в то же время в МКБ-10 не выделен в самостоятельную группу отдельный класс ятрогений. Ятрогенные осложнения шифруются кодами класса XIX, который формулируется так: травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин. Фраза «некоторые другие последствия внешних причин» содержит в себе и ятрогении. Видимо, в следующем пересмотре МКБ будет выделен отдельный класс ятрогений, что актуально и давно назрело.

Как отмечал главный патологоанатом Минздравсоцразвития России профессор Олеко Мишнёв, по нашей статистике число ятрогенных заболеваний с каждым годом неуклонно уменьшается. Однако это не говорит о том, что в России в том отношении все благополучно. Вроде бы надо радоваться, но на самом деле это говорит лишь о том, что здесь на результаты статистики оказывает влияние административный ресурс, который воздействует на оценку объективных показателей. Это общая тенденция, характерная для всех регионов страны в большей или меньшей степени. Когда-то ятрогения составляла в наших отчетах в среднем 3%, потом 2%, а сейчас менее 1%. (Кстати, за рубежом процент ятрогений намного больше - 10% и выше, так как там критерии оценки ятрогений не совпадают с нашими). Низкие цифры на самом деле не свидетельствуют о том, что таких осложнений стало меньше! Снижение этих цифр говорит только о том, что патологоанатомы не всегда соблюдают критерия оценки ятрогений и в какой-то мере идут на поводу у администрации, то есть они далеко не избавлены от административного давления со стороны руководства больниц. Кроме того, до сих пор не урегулирован вопрос, какое место в диагнозе должны занимать ятрогении.

В МКБ-10 четко определены ситуации, когда ятрогении должны обязательно ставиться на первое место (шесть позиций).

1. Передозировка препаратов.

Это надо ставить на первое место независимо, от чего, лечился больной. Здесь и рак, и инфаркт уходят на второй план.

2. Неправильное назначение лекарственного средства.

3. Непрофессиональное выполнение диагностических или лечебных процедур.

К сожалению, эти позиции трудно доказуемы, здесь патологоанатому нельзя брать только на себя всю инициативу, а обязательно следует опираться на коллективную оценку специалистов. Заключение надо делать на основе заседаний комиссий по изучению летальных исходов, клинико-экспертных комиссий, клинико-анатомических конференций, где этот вопрос решается коллегиально.

4. Смерть происходит при профилактических мероприятиях и вакцинации (например БЦЖиты).

5. В случаях смерти от наркоза.

Это тоже трудно диагностируемо.

6. Анафилактический шок.

В остальных случаях ятрогении идут в рубрику осложнений или сопутствующих заболеваний. При этом их тоже нельзя упускать из виду. Выявление ятрогений, правильная оценка их роли в танатогенезе и определение их места в диагнозе имеют большое значение в выполнении патологоанатомами одной из существенных функций патологоанатомической службы - контроля за качеством лечебно-диагностической работы. И если патологоанатомы не обратят на это должного внимания, то не выполнят возложенной на них органами здравоохранения задачи.

Рубрики «удобные» и не очень

Не могу не поделиться своими мыслями о кодировании в МКБ-10 одного из самых распространенных заболеваний - ишемической болезни сердца. Это понятие расценивается в последнем пересмотре МКБ как групповое, поскольку содержит ряд самостоятельных нозологических единиц. По последним рекомендациям и в клиническом, и в патологоанатомическом диагнозе сам термин «ишемическая болезнь сердца» употреблять не рекомендуется, хотя от него трудно отказаться, настолько широко он распространен. В любом случае нам надо принаравливаться к современным тенденциям, пусть и скрепя сердце.

Диагноз при ишемической болезни сердца надо начинать с конкретных нозологических единиц, будь то инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, хроническая аневризма сердца и т.д. То, что МКБ-10 ограничила срок острого инфаркта миокарда четырьмя неделями вместо восьми, как было в предыдущей классификации, это скорее отрицательная тенденция, потому что инфаркт миокарда иногда не укладывается в четырехнедельный срок. Тогда мы вынуждены шифровать его рубриками хронических форм ишемической болезни сердца, что не соответствует действительности.

Введение кодировки локализации инфаркта миокарда - это разумно. Наверное, когда наберется большая статистика по всему миру - где чаще, а где реже он локализуется, от такой кодировки видами откажутся. Пока это, видимо, необходимо.

Объединение в одной рубрике повторного инфаркта миокарда с рецидивирующим инфарктом (шифр I22.0) неправильно, потому что это разные состояния. Думаю, что это следует считать минусом МКБ-10.

Появилась рубрика, которой раньше не было, - I24.8 «Острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда». Этот термин еще не нашел всеобщего распространения, хотя клиницисты пользуются им более широко, чем патологоанатомы. Последние же употребляют в рамках этой рубрики другой эквивалент - «острая коронарная недостаточность». Это довольно распространенное явление. Этой же рубрикой рекомендуется шифровать острую ишемию миокарда, но этот вопрос, на мой взгляд, является дискуссионным. Все-таки острую ишемию миокарда нельзя рассматривать как самостоятельную нозологическую форму, это ранняя стадия инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда имеет разные стадии: ишемическую, некротическую, репаративную, поэтому дробить одну нозологию на несколько - это уход от нозологического мышления.

Допустим, привозят больного с диагнозом «инфаркт миокарда». На вскрытии я нахожу острую ишемию миокарда, и у меня никогда не поднимется рука ставить в этом случае расхождение диагнозов.

Появился термин «ишемическая кардиомиопатия» (i25.5). У меня к этому термину отношение отрицательное, потому что по определению кардиомиопатии, это патологические изменения миокарда некоронарогенной и невоспалительной природы.

То есть кардиомиопатия не может быть ишемической, коронарогенной. Таким образом, в МКБ-10 понятие кардиомиопатии расширяется безбрежно, настолько, что размываются границы этого понятия. Я придерживаюсь точки зрения, что этот термин надо употреблять для более ограниченной группы заболеваний сердца.

Появилась новая нозология под рубрикой I25.1 «Атеросклеротическая болезнь сердца». Здесь речь идет об атеросклеротическом кардиосклерозе или мелкоочаговом кардиосклерозе - наши морфологические эквиваленты этого понятия. Вероятно, это тоже надо считать положительной тенденцией.

В МКБ-10 аневризма сердца фигурирует без прилагательного «хроническая».

Видимо, создатели классификации считают, что все аневризмы являются хроническими, хотя на самом деле аневризмы бывают и острые. Другое дело, что острая аневризма, как правило, сопровождается разрывом сердца, приводит к гемотораксу, поэтому как таковую мы видим ее редко. Тем не менее современные клинические исследования показывают, что острые аневризматические состояния в ранних ишемических стадиях довольно распространены. Так что имело бы смысл в МКБ выделить отдельными пунктами и острую, и хроническую аневризмы.

Появилась новая рубрика i46.1 «Внезапная сердечная смерть».

Трактовка этого состояния неоднозначна. С одной стороны, выделение этой рубрики можно считать отходом от нозологического принципа, потому что под этим термином подразумевается целый ряд различных патологических состояний. Это тоже групповое понятие, включающее в себя в первую очередь ишемическую болезнь сердца со всеми ее разновидностями, миокардиты, кардиомиопатии, различные пороки развития сердца и сосудов, различные синдромы (например, синдром удлинения интервала QT) и т.д. Получается, что, с одной стороны, из МКБ изгнали как групповое понятие ишемическую болезнь сердца и в тоже время ввели новое групповое понятие «внезапная сердечная смерть». С точки зрения методологической это надо считать отходом от нозологических принципов, но здесь содержится чисто практическая необходимость: жизнь иногда подсовывает такие «подарки», сложные ситуации, когда, применив весь арсенал наших клинических и патологоанатомических методов, исключив со всей определенностью насильственную смерть, мы в то же время не можем найти никакую конкретную нозологию, послужившую причиной внезапной сердечной смерти. Для таких редких и трудных случаев эта рубрика удобна и спасительна. Она помогает сохранить лицо клиницисту и патологоанатому, чтобы объяснить причину смерти. Но для себя мы должны знать, что воспользовавшись этой рубрикой, мы расписываемся в собственном бессилии, показываем, что не смогли полностью выявить причину смерти, разобраться с ней. Необязательно потому, что мы профессионально некомпетентны, а просто уровень современных знаний иногда не дает возможности докопаться до истинной причины этой внезапной смерти, хотя с методологической точки зрения применение этой рубрики МКБ нельзя считать оправданной. По мере прогресса науки и наших знаний она, наверное, тоже должна исчезнуть из классификации болезней.

Несколько слов о гипертонической болезни. Ее место в диагнозе обычно в рубрике фоновых заболеваний. Она отягощает течение других состояний, но бывают две

ситуации, когда ее надо ставить на первое место в качестве основного заболевания. Первая - когда гипертоническая болезнь протекает с преимущественным поражением почек и сопровождается почечной недостаточностью (рубрика i12.0). Такие состояния редки, мы о них обычно забываем, потому что в цивилизованном обществе довести больного до почечной недостаточности, до сморщенной почки - нонсенс, хотя где-то такие ситуации встречаются, а рубрика имеет право на существование. Вторая ситуация - когда гипертоническую болезнь надо ставить на первое место: гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и сердечной недостаточностью (рубрика i11.0).

В отношении этой рубрики хотелось бы дать комментарий. Она незаслуженно игнорируется и клиницистами, и патологоанатомами, потому что в этой ситуации и клиницисты, и патологоанатомы ставят, как правило, диагноз ишемической болезни сердца, идя по пути шаблонного, стандартного мышления. Хотя это не всегда правильно, например при гипертоническом кризе, когда нагрузки на сердце огромные, могут развиваться острый отек легкого, сердечная недостаточность. В этой ситуации главную роль играет гипертоническая болезнь. Такая патология недооценивается, и таких состояний в статистике очень мало, хотя на самом деле они довольно часты.

О цереброваскулярных болезнях можно сказать, что в МКБ-10 их спектр расширен за счет детализации анатомической локализации кровоизлияний, чего не было в предыдущих классификациях инфарктов, а также указания об отдаленных последствиях после острых расстройств мозгового кровообращения - спустя год и более после этих состояний. Это расширяет возможности кодирования причин смерти и заболеваний.

Под диктовку

Ориентирование на МКБ-10, требования МКБ-10 к формулировке диагноза чрезвычайно важны для унификации. Хотя это документ авторитетнейший, он требует своего дальнейшего развития. Он создает как новые возможности, так и новые трудности. Это, в частности, можно усмотреть в разделах, посвященных сепсису, (где не нашлось места септикопиемии), туберкулезу (нашли отражение не все формы) и т.д. В некоторых вопросах МКБ-10 уже отстала от жизни, например появился острый коронарный синдром, которого нет в классификации. Естественно, что МКБ будет дальше совершенствоваться и пересматриваться под эгидой ВОЗ.

Когда-то при ВОЗ работал в качестве эксперта наш представитель - профессор Георгий Автандилов. Он трудился очень плодотворно, сделал много ценного. После его ухода там образовался своеобразный вакуум. Может, это одна из причин того, что российские специалисты не могут сейчас влиять на МКБ. Необходимо восполнить этот пробел в ближайшее время, так как не за горами издание МКБ-11.

Диагноз отражает суть патологического состояния, болезни, он приобретает все большую роль в оценке заболевания с юридических позиций, позиций страховой медицины. В юридическом отношении от диагноза (от того, как его сформулировали) нередко зависит судьба больного, родственников умершего. С позиций страховой медицины мы вынуждены отходить иногда и от нозологического, и от причинно-следственного мышления.

Например, больная поступила в скорую помощь больницу общего профиля с острым геморрагическим плевритом, дыхательной недостаточностью, у нее отсасывают кровь из

плевральной полости, находят атипичные клетки, предполагают опухоль, она умирает. После вскрытия ставлю основной диагноз «рак яичников», а осложнение «карциноматоз плевры, геморрагический плеврит». Начмед мне говорит: «Не могли бы вы начать диагноз с геморрагического плеврита? У нас больница не онкологическая, а скорпомощная, онкологические больные у нас непрофильное. И если мы на первое место ставим онкологическое заболевание, то страховая компания платит нам гроши». И получается, что страховые компании начинают диктовать нам, как формулировать диагноз, отходя при этом от нозологических принципов. Опасная тенденция, когда экономические принципы начинают довлеть над принципами логического, нозологического и клинимоρφологического мышления. Особенно вреден уход в синдромологию для молодых врачей, которые нередко теряют грань между нозологией и осложнением, кто-то из них может быть вполне удовлетворен диагнозом, где в качестве основного заболевания фигурирует перитонит, хотя для любого мыслящего врача нонсенс заявить, что больной болен перитонитом. Так теряется клиническое мышление.