

Литература

1. Ивашкин В.Т. Алкогольная болезнь печени. Современные аспекты мембранной терапии печени. Материалы симпозиума «Эссенциальные фосфолипиды в лечении поражений печени» / М., 1997; 10–2.
2. Хронический вирусный гепатит. Под ред. В.В. Серова, З.Г. Апросиной / М.: Медицина, 2002; с. 80–96.
3. Хазанов А.И. Современные проблемы вирусных и алкогольных болезней печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002; 12 (2): 6–13.
4. Arai M., Gordon E., Lieber C. Decreased cytochrome oxidase activity in hepatic mitochondria after chronic ethanol consumption and the possible role of decreased cytochrome aa. content and changes in phospholipids // Biochim. Biophys. Acta. – 1984; 797: 320–7.
5. Diseases of the Liver and Biliary Tract. Standardization of Nomenclature, Diagnostic Criteria, and Prognosis (Editorial Committee C. Leevy, S. Sherlock, N. Tygstrup et al.) // Raven Press New York. – 1994; 205 p.
6. Lieber C. Alcoholic liver disease: in sights in pathogenesis lead to new treatment // Hepatology. – 2000; 32 (Suppl. 1): 113–28.
7. Mathurin P. et al. Corticosteroids improve short-term survival in patients with severe alcoholic hepatitis (AH): individual data analysis of the last three randomized placebo controlled double blind trials of corticosteroids in severe AH. // J. Hepatol. – 2002; 36 (4): 480–7.
8. Waturu Okiyama, Naoki Tanaka, Tamie Nakajima et al. Polienephosphatidylcholine prevents alcoholic liver disease in PPAR α -null mice through attenuation of increases in oxidative stress // J. Hepatol. – 2009; 50: 1236–46.
9. Wiley T., Carthy M., Breidi L. et al. Impact of alcohol on the histological and clinical progression of hepatitis C infection // Hepatology. – 1998; 28: 805–9.

ALCOHOLIC HEPATITIS: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT

Professor **S. Podymova**, MD, Honored Scientist of the Russian Federation
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper provides the clinical and morphological characteristics of acute and chronic alcoholic hepatitis. It analyzes different clinical types of acute alcoholic hepatitis (AAH): icteric (usually a severe type), fulminant, cholestatic, and latent. The possibilities of AAH treatment are considered. Severe AAH serves as an indication for the use of glucocorticosteroids or pentoxifylline; it is sufficient to withdraw from alcohol and to use metabolic agents in moderate alcoholic hepatitis. The paper gives data on the universal action of essential on the pathogenetic components of liver damage.

Key words: alcoholic hepatitis, clinical types, diagnosis, prediction, treatment, essential phospholipids, glucocorticosteroids.

ТЕРМИНОЛОГИЯ И ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

С. Якушин, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Никулина, доктор медицинских наук
Рязанский государственный медицинский
университет им. И.П. Павлова
E-mail: Natalia.Nikulina@mail.ru

В статье изложены и проиллюстрированы примерами основные принципы терминологии и формулировки клинического диагноза у пациентов с заболеваниями, относящимися к ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца (ИБС), диагноз, терминология.

Клинический диагноз — это один из основных показателей работы лечащего врача и медицинского учреждения в целом, так как отражает качество диагностического процесса и, следовательно, качество оказываемой медицинской помощи. Клинический диагноз — обязательная составная часть первичной медицинской документации, имеющая не только сугубо медицинское, но и юридическое значение [1, 2].

Основополагающим документом при формулировании диагноза в рамках любой медицинской специальности является Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) [3–5]. В настоящее время действует МКБ 10-го пересмотра (МКБ-10), принятая ВОЗ в 1989 г. и введенная в международную клиническую практику в 1993 г.

МКБ-10 состоит из 4 книг: первые 2 книги — это 1-й том в 2 частях; в них приведены разрешенные к использованию термины и соответствующие им коды (шифры) [3, 4]. Третья книга — 2-й том; это сборник инструкций по использованию терминов и кодов (шифров), указанных в 2 частях 1-го тома [5]. Четвертая книга — 3-й том; алфавитный указатель. Электронная версия МКБ-10 доступна широкому кругу пользователей через интернет-ресурсы (www.softportal.com, www.slovar.com.ua, www.1001soft.com, www.izone.ru и др.), но следует оговориться, что в электронных версиях нельзя в полной мере исключить возможные технические ошибки, поэтому для профессионального пользования следует рекомендовать все-таки выпущенную типографским способом МКБ-10.

Правовой основой для использования МКБ-10 в Российской Федерации является ряд приказов и писем Минздрава России (Росздрава, Минздравсоцразвития) [6–11]. С указанными нормативными документами можно также ознакомиться в интернете: <http://www.minzdravsoc.ru>, <http://base.consultant.ru>, <http://zakon.forens-med.ru> и др.

Общие требования к формулировке клинического диагноза едины для всех специальностей:

1. **Диагноз должен быть фактически и логически обоснованным.** Например, известно, что патоморфологической основой ИБС является атеросклероз коронарных артерий (КА), однако у пациентов с ИБС не следует выносить атеросклероз КА в клинический диагноз без его подтверждения результатами коронароангиографии (КАГ) или других инструментальных методов обследования и указания выраженности, локализации стенозирования КА. По этой же причине не допускается употребление в диагнозе обобщенных, банальных терминов: «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз».

2. **Диагноз должен быть структурно оформленным в виде унифицированных рубрик:** «основное заболевание», «осложнение основного заболевания», «сопутствующие заболевания».

Если в медицинской документации нет напечатанных типографским способом названий рубрик или вносимый текст не умещается в отведенный объем рубрики, необходимо рукописное обозначение каждой рубрики. Если врач записывает диагноз в правильной последовательности (основное заболевание, затем осложнения основного заболевания, далее — сопутствующие заболевания), но без обозначения *названий* рубрик, такая формулировка признается не соответствующей требованиям.

Нерубрифицированный клинический диагноз непригоден для кодирования и статистического анализа, в случае смерти пациента он не подлежит сопоставлению с патологоанатомическим диагнозом, поэтому независимо от содержания расценивается как неверно оформленный (при проведении патологоанатомического вскрытия независимо от его результатов выставляется расхождение диагнозов II категории и по субъективной причине — неверная формулировка заключительного клинического диагноза).

3. **Диагноз должен быть нозологическим,** т.е. включать конкретные заболевания, терминология которых соответствует МКБ-10, современным классификациям и номенклатуре болезней. Не допускается подмена заболеваний описанием патологических процессов. По этой причине в диагноз не могут быть вынесены определения: «хроническая коронарная недостаточность», «острая коронарная недостаточность», «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз» и т.п.

Следует отметить, что наличие в МКБ-10 шифра для какого-либо термина еще не означает, что этот термин соответствует заболеванию. МКБ-10 составлена таким образом, чтобы предусмотреть шифры также для синдромов, симптомов, травм и условий их получения, поэтому при возникновении вопроса, соответствует ли конкретный термин (и шифр МКБ-10) именно заболеванию, следует сверяться с номенклатурой болезней. С другой стороны, если врач не может найти в МКБ-10 шифр для регистрируемого им заболевания, следует задать себе вопрос: «Существует ли такое заболевание и верна ли терминология?»

Здесь необходимо подчеркнуть, что термин «ИБС» является групповым (родовым), объединяющим несколько самостоятельных заболеваний. По этой причине в диагнозе после термина «ИБС» нужно (через двоеточие) указать конкретные нозологические формы. Например: *Основное заболевание: ИБС: 1. Инфаркт миокарда... 2. Постинфарктный кардиосклероз...* При этом не рекомендуется вставлять между нозологическими формами ИБС заболевания, не относящиеся к ИБС. Кроме того, атеросклероз КА и фоновые

заболевания следует выносить в диагноз после перечисления всех имеющихся у больного нозологических форм ИБС, так как атеросклероз КА и фоновые заболевания относятся к каждой из них.

Допустимо также в диагнозе опускать термин «ИБС» и сразу начинать с перечисления нозологических форм ИБС. Данный подход не рассматривается как ошибка.

На практике авторам приходилось встречать в клиническом диагнозе формулировки «острая ИБС» (с шифром I24.9) и «хроническая ИБС» (I25.9) [12, 13]. Их использование недопустимо в условиях современного здравоохранения Российской Федерации, так как это не конкретные нозологические формы, а искусственно созданная подгруппа заболеваний внутри родового понятия «ИБС». МКБ-10 была разработана для использования в том числе в военных условиях, экспедициях, странах с недостаточным уровнем экономического развития, поэтому использование шифров I24.9 и I25.9 допустимо только в чрезвычайных ситуациях, подобных перечисленным, и только тогда, когда весь спектр доступных диагностических процедур, *включая патологоанатомическое исследование*, не позволил уточнить конкретную нозологическую форму ИБС.

4. **Диагноз должен быть развернутым, патогенетическим,** т.е. содержать всю необходимую дополнительную характеристику заболеваний. Для этого после формулировки самой нозологической формы необходимо указать ее соответствие всем современным классификациям. Например, для стенокардии напряжения следует вынести в диагноз ее функциональный класс (ФК), для инфаркта миокарда (ИМ) — первичный он или повторный, глубину поражения (с подъемом сегмента *ST* или без такового, позднее — с формированием зубца *Q* или без него), локализацию относительно стенок сердца, для гипертонической болезни — стадию, степень, дополнительный сердечно-сосудистый риск, факторы риска, для хронической сердечной недостаточности (ХСН) — стадию и ФК.

Для ряда заболеваний сразу после их формулировки принято указывать их проявления (например: *постинфарктный кардиосклероз: хроническая аневризма левого желудочка*) и (или) патологические процессы, лежащие в их основе, если они были верифицированы (например: *Стенокардия напряжения III ФК. Атеросклероз коронарных артерий: стеноз проксимальной части передней межжелудочковой артерии 60%, коронароангиография — 15.09.2012*). Данные примеры иллюстрируют, что патологические процессы *могут* использоваться в диагнозе, но в качестве дополнительной характеристики заболеваний, а не как их замена.

Для острых заболеваний, острых осложнений, оперативных вмешательств, инвазивных и других сложных процедур, методов лабораторной и (или) инструментальной диагностики (если на них есть ссылка в диагнозе) нужно указывать дату, а в ряде случаев — и время.

5. **Диагноз должен быть своевременным.** Согласно нормативным требованиям, клинический диагноз должен быть выставлен не позднее, чем через 3 сут от момента поступления больного в стационар. Однако для острых состояний, требующих экстренной помощи, этот срок должен быть сокращен [2].

До установления клинического диагноза используется предварительный диагноз, который может быть еще синдромологическим (клинический — только нозологическим). В случае смерти пациента (даже если она наступила в сроки до 3 сут с момента госпитализации), а также при написании

эпикриза должен использоваться только клинический диагноз (т.е. нозологический). Предварительный диагноз (как и клинический) должен быть структурно оформлен в виде унифицированных рубрик [2].

Острый коронарный синдром (ОКС) — классический пример синдромологического диагноза. Из сказанного следует, что термин «ОКС» в диагнозе можно использовать в сроки не более 3 сут после поступления больного в стационар. В случае смерти пациента независимо от времени, прошедшего с момента госпитализации, а также, если смерть наступила на догоспитальном этапе, диагноз «ОКС» не может быть зарегистрирован — необходим нозологический диагноз (например, «ИМ», «внезапная коронарная смерть»).

Если до истечения 3 сут получены результаты дополнительных методов обследования, позволяющие точно определиться с нозологической формой (например, при ОКС — биомаркеры некроза миокарда), следует сразу же сформулировать клинический диагноз.

Поскольку наибольшие трудности врачи-клиницисты испытывают при оформлении рубрик клинического диагноза, остановимся на этом вопросе подробнее. Итак, диагноз должен быть оформлен в виде 3 рубрик: *основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания*.

Основное — это то заболевание, по поводу которого пациент в данный момент обратился за медицинской помощью, был госпитализирован либо которое стало причиной инвалидизации или смерти больного [2]. Другими словами, на протяжении жизни пациента или даже одной госпитализации основное заболевание в диагнозе может меняться, причем неоднократно, что отражает изменение тактики оказания медицинской помощи. На практике приходится сталкиваться с несоблюдением этого правила — существует ошибочная тактика длительного, стереотипного копирования диагноза, с которым пациент был выписан после очередной госпитализации (несмотря на то, что соотношение тяжести заболеваний, приоритетов диагностической и лечебной тактик с того времени могло неоднократно меняться).

В случае *летального исхода* основное заболевание — это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний или травм), которые сами по себе либо через обусловленные ими осложнения привели к смерти больного. Не допускается в рубрике «основное заболевание» выносить нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах оказания медицинской помощи, но не стали причиной смерти [2]. Например, если при жизни пациент страдал ИБС, это еще не означает, что именно заболевания из группы ИБС привели к летальному исходу — больной мог умереть от острого инфекционного заболевания, острой хирургической патологии, обострения другого хронического заболевания и т.д. Таким образом, вынесение какого-либо заболевания, в том числе из группы ИБС, в рубрику «основное заболевание» заключительного (посмертного) диагноза должно быть обосновано непосредственной связью этого заболевания с летальным исходом (нередко это возможно только при проведении патологоанатомического вскрытия), а не его тяжестью и (или) длительностью при жизни. Несоблюдение этого правила может приводить к искажению статистической информации о причинах смертности населения [12, 13].

Рубрика клинического диагноза «основное заболевание» в наиболее простом случае состоит из 1 заболевания. Однако она может включать и несколько заболеваний, в этом случае

название рубрики следует расширить: «комбинированное основное заболевание». Если заболевания, вынесенные в данную рубрику, равнозначны, их необходимо просто перечислить (желательно с указанием цифр — 1, 2, 3 и т.д.). Если же какие-то заболевания являются фоновыми для других, то необходимо вынести их в подрубрику «фоновые заболевания» сразу после нозологической формы, к которой они относятся:

Например:

Комбинированное основное заболевание:

1. *Острый инфаркт миокарда...*

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь...

2. *Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки..., обострение.*

Следует различать понятия «протекать на фоне...» и «фоновое заболевание». Так, ИМ может протекать на фоне обострения язвенной болезни, но язвенная болезнь никогда не рассматривается как фоновое для ИБС заболевание.

Для ИБС традиционно закреплены 2 фоновых заболевания: артериальная гипертензия — АГ (как в виде гипертонической болезни, так и симптоматической) и сахарный диабет — СД (независимо от типа и тяжести).

Однако если в конкретном клиническом случае АГ или СД являются причиной госпитализации (например, у больного гипертонический криз, гипергликемическая кома), в большей степени определяют прогноз, качество жизни пациента, в этом случае на 1-е место в рубрике «комбинированное основное заболевание» следует вынести именно гипертоническую болезнь (симптоматическую АГ или СД), а заболевания из группы ИБС — указать в той же рубрике, если они по значимости (прогноз, использование диагностических и лечебных методов) сопоставимы с АГ или СД, либо в рубрике «сопутствующие заболевания», если медицинская помощь по их поводу в данный момент не оказывалась.

Например (причина госпитализации — гипертонический криз):

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск очень высокий (курение, гиперхолестеринемия, мужской пол). Гипертонический криз (4.11.2012).

Осложнения основного заболевания: Отек легких (4.11.2012). ХСН IIa стадии, II ФК.

Сопутствующие заболевания: ИБС: Стенокардия напряжения I ФК.

Роль атеросклероза в патогенезе ИБС в настоящее время достоверно доказана, поэтому атеросклероз КА со всеми его характеристиками следует указывать сразу после нозологических форм ИБС как отражение механизма их развития. Выносить атеросклероз КА в качестве фонового заболевания нецелесообразно [2].

Несомненно, косвенную связь можно найти практически между всеми заболеваниями, одновременно имеющимися у больного, но это не дает повода исключать такие болезни из «сопутствующих заболеваний» и чрезмерно расширять рубрику «комбинированное основное заболевание» [1, 2]. Избыточное переполнение рубрики «основное заболевание» следует рассматривать как недостаточно качественно проведенный диагностический поиск.

В случае *летального исхода* следует быть очень внимательными к тому, какое из заболеваний следует вынести на 1-е место в рубрике «комбинированное основное заболевание», так как именно оно идет в статистические показатели причин смертности населения. По правилам, на 1-е место выносят:

- 1) заболевание, имеющее наибольшую вероятность быть причиной смерти у *данного больного*;
- 2) заболевание, более тяжелое по характеру, осложнениям, т.е. то, которое имеет большую вероятность летального исхода *в целом*.
- 3) заболевание, более значимое в социальном или социально-эпидемиологическом аспекте (например, инфекционные болезни, ИМ) [2, 5].

Важной особенностью данного правила является приоритетность критериев: сначала проводится оценка только по 1-му критерию с использованием *всех* необходимых методов диагностики, в том числе патологоанатомического вскрытия. Только после этого, если признается, что 1-й критерий применить невозможно (2 заболевания и более имеют равнозначную возможность быть причиной смерти у конкретного пациента), следует перейти ко 2-му критерию; 3-й критерий должен использоваться только в том случае, если первые 2 не позволяют выявить приоритет одного заболевания.

Нередко в клинической практике это правило не выполняется: лечащий врач выносит на 1-е место заболевание, сразу исходя из 2-го (теоретически высокая вероятность летального исхода) или 3-го (социальная значимость) критерия, не используя все доступные ему диагностические возможности (в том числе патологоанатомическое вскрытие) для определения 1-го критерия [12, 13].

ОСОБЕННОСТИ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИБС

К острым формам ИБС в МКБ-10 относят следующие нозологические единицы:

- I24.8** – внезапная коронарная смерть;
- I21.(...)** – острый (первичный) ИМ (знак после точки определяется локализацией и глубиной поражения);
- I22.(...)** – повторный ИМ (с подразделением только по локализации);
- I20.0** – нестабильная стенокардия.

Использовавшийся ранее термин «острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда» в настоящее время трактуется как «ишемическая стадия ИМ», т.е. его «поглотили» рубрики I21.(...) и I22.(...).

Несмотря на то, что ИМ по особенностям патогенеза относится к острым (не хроническим) процессам, исторически сложилось, что «острым» называют только первичный ИМ (см. МКБ-10) [3, 4]. По этой причине в диагнозе не следует

использовать словосочетание «острый повторный ИМ», так как при дальнейшей статистической обработке он может быть расценен одним специалистом как I21.(...), другим – как I22.(...), т.е. привести к искажению статистической информации.

В связи с тем, что объем зоны некроза миокарда при распространенном по площади, однако при этом субэндокардиальном или интрамуральном ИМ (прежнее название – «мелкоочаговый»), может быть соизмерим с объемом зоны некроза трансмурального ИМ (ранее – «крупноочагового»), рекомендуется перейти на более точные характеристики глубины поражения, а именно – по наличию или отсутствию подъема сегмента *ST*, на более поздних стадиях – зубца *Q* (см. таблицу).

В очень редких случаях ИМ может рассматриваться как осложнение СД (при выраженных метаболических нарушениях, но не атеросклерозе КА как проявлении макроангиопатии), паранеопластического процесса при онкологическом заболевании, гипоксии и передозировки симпатомиметических средств при бронхиальной астме [5]. Однако в преобладающем большинстве случаев СД является фоновым заболеванием для нозологических единиц из группы ИБС, а онкологические заболевания и бронхиальная астма выносятся в составе основного комбинированного заболевания или в рубрику «сопутствующие заболевания».

Согласно эпидемиологическим данным, внезапная сердечная смерть может составлять до 40–50% среди всех причин смертности населения, причем в большинстве случаев она связана с острыми *коронарными* катастрофами [12–17]. По этой причине чрезвычайно важно выявлять и правильно регистрировать все случаи внезапной сердечной смерти.

Следует различать внезапную *сердечную* и внезапную *коронарную* смерти. «*Внезапная коронарная смерть*» (шифруется как I24.8) – это самостоятельная нозологическая форма ИБС, поэтому правомерно выносить ее не только в клинический, но и в патологоанатомический диагноз. «*Внезапная сердечная смерть*» (шифруется как I46.1) является групповым понятием (как ИБС) и по этой причине менее желательна в патологоанатомическом (да и в клиническом) диагнозе. Однако если весь арсенал клинических и патологоанатомических методов, исключив насильственную смерть, не позволяет определить никакую конкретную нозологию, послужившую причиной смерти (в том числе внезапную *коронарную* смерть), «*внезапная сердечная смерть*» может быть зарегистрирована как причина смерти [2].

Соотношение современной терминологии ИМ (давность 0–28-е сутки) и шифров по МКБ-10

ИМ	Ишемическая стадия	Некротическая стадия	
		ИМ с подъемом сегмента <i>ST</i> , <i>Q</i> -ИМ	ИМ без подъема сегмента <i>ST</i> , без формирования зубца <i>Q</i>
Острый (первичный)	I21.(...)	Передней стенки (в том числе передневерхушечный, переднебоковой, переднесептальный) – I21.0	I21.4
		Нижней стенки (в том числе нижнебоковой, нижнезадний) – I21.1	
		Другой уточненной локализации – I21.2	
		Неуточненной локализации – I21.3	
Повторный		Передней стенки (в том числе передневерхушечный, переднебоковой, переднесептальный) – I22.0	
		Нижней стенки (в том числе нижнебоковой, нижнезадний) – I22.1	
		Другой локализации – I22.8	
		Неуточненной локализации – I22.9	

Согласно Инструкции к МКБ-10, все случаи внезапной сердечной смерти, развившиеся у больного с ИБС, должны формулироваться как «внезапная коронарная смерть» с шифром I24.8. Для всех остальных случаев внезапной смерти (как на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, так и без такового) диагноз следует формулировать как «внезапная сердечная смерть» и, соответственно, шифровать как I46.1.

Например:

Пациент умер внезапно, менее чем за 1 ч от начала острых симптомов, а ранее перенес ИМ:

Комбинированное основное заболевание:

1. Внезапная коронарная смерть (2.11.2012) I24.8.

2. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ нижней стенки левого желудочка с формированием зубца Q; 24.06.2009).

Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень – 2, очень высокий риск (курение, мужской пол).

Во всех случаях внезапной смерти нужно приложить максимальные усилия для проведения патологоанатомического исследования либо (при соответствующих условиях) судебной экспертизы – с целью максимально точного определения причины смерти и исключения других возможных причин.

В настоящее время основополагающим определением внезапной смерти (как сердечной, так и ее частного варианта – коронарной) является следующее: естественная (имеется в виду «не насильственная») смерть, которой предшествовала внезапная потеря сознания *в течение 1 ч* после манифестации острых симптомов; время и вид смерти являются неожиданными [18]. Поскольку патогномичных морфологических признаков *внезапного* характера смерти не существует, при проведении патологоанатомического исследования лечащему врачу в сопроводительных документах следует отметить *внезапный характер* смерти и довести эту информацию до патологоанатома. Игнорирование патологоанатомом внезапного характера смерти и вынесение заключения о хронической форме ИБС как причине смерти следует считать ошибочной тактикой.

Нередко происходит подмена понятий «острая сердечно-сосудистая недостаточность», «острая коронарная недостаточность» и «внезапная сердечная/коронарная смерть» [12, 13]. Острая сердечно-сосудистая недостаточность является осложнением большинства заболеваний, приводящих к смертельному исходу, и не может рассматриваться как основное заболевание и как первоначальная причина смерти. Острая коронарная недостаточность отражает механизм внезапной коронарной смерти, но никак не является *осложнением* хронических форм ИБС, поэтому формулировка диагноза: «хроническая ИБС, осложнившаяся острой коронарной недостаточностью» (с шифром I25.9 или др.), является неверной. Острая коронарная недостаточность не должна рассматриваться и как самостоятельное заболевание. В данном случае диагноз должен быть сформулирован как «внезапная коронарная смерть» (I24.8).

Не рекомендуется регистрировать в рубрике «основное заболевание» заключительного (посмертного) клинического диагноза нестабильную стенокардию: такие случаи в зависимости от клинических проявлений должны быть отнесены либо к внезапной коронарной смерти, либо к ИМ, в том числе его ишемической стадии.

Если у пациента проводились хирургические, инвазивные вмешательства, а также сложные медикаментозные методы лечения (например, тромболитис), они должны быть отраже-

ны в диагнозе в той же рубрике, что и заболевание, по поводу которого они были выполнены.

Например:

Комбинированное основное заболевание:

1. Повторный, с формированием зубца Q, инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (3.06.2012) I22.0. Тромболитис актилизе (3.06.2012). 2. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ без формирования зубца Q, неуточненной локализации, 6.12.2010). Атеросклероз коронарных артерий: стеноз передней межжелудочковой артерии в проксимальной трети 40% (коронароангиография – 3.06.2012).

Фоновые заболевания:

1. Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень – 1, риск очень высокий (СД, гиперхолестеринемия, мужской пол).

2. СД типа 2, среднетяжелого течения.

Осложнения основного заболевания: Кардиогенный шок (3.06.2012). ХСН IIА стадии, III ФК.

Сопутствующие заболевания: Хронический бескаменный холецистит, ремиссия.

Если проводились *реанимационные мероприятия, интенси́вная терапия*, они указываются как самостоятельная подрубрика в конце рубрики «осложнения основного заболевания», с красной строки до рубрики «сопутствующие заболевания».

ОСОБЕННОСТИ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИБС

Прежде всего необходимо отметить, что постинфарктный кардиосклероз рассматривается как самостоятельное заболевание из группы ИБС, а не как осложнение ИМ, поэтому выносить его следует в рубрику «основное заболевание», а не в «осложнения основного заболевания». *Хроническую аневризму* левого желудочка следует рассматривать как проявление постинфарктного кардиосклероза, и она имеет собственный шифр – I25.3. Однако *острая аневризма* левого желудочка должна регистрироваться как осложнение ИМ в рубрике «осложнения основного заболевания».

В случае регистрации в качестве причины смерти заболевания из группы хронических форм ИБС должны быть представлены убедительные данные об отсутствии других социально значимых причин смерти, в том числе ИМ, внезапной коронарной смерти, острого нарушения мозгового кровообращения, инфекционных заболеваний (туберкулеза, гриппа), алкогольной болезни и т.д. В большинстве случаев это можно сделать только при проведении патологоанатомического вскрытия.

Не допускается при оформлении диагноза употреблять аббревиатуры или сокращения, за исключением небольшого числа общепринятых, например, ИБС, ИМ, ХСН, ФК, СД, ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии), ЭКС (электрокардиостимуляция) [2]. Использовать сокращение «ст.», которое может означать как стадию, так и степень заболевания, во избежание разночтений не следует.

В заключение необходимо подчеркнуть, что далеко не на все вопросы по формулировке диагноза в настоящее время есть однозначный ответ и далеко не все аспекты этой проблемы можно отразить в рамках одной статьи. Тем не менее принципы ведения медицинской документации должен знать каждый врач-клиницист. К сожалению, до настоящего момента основную работу по вопросам формулировки диагноза, выпуску пособий и монографий в помощь практикующему врачу брали на себя патологоанатомы [1, 2, 19]. Однако эта

методическая литература предназначена не только для их коллег — патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, — врачи-клиницисты могут также успешно ей пользоваться, так как принципы формулировки диагноза едины для всех медицинских специальностей.

Литература

1. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза / М.: Медицина, 2004; 304 с.
2. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза / М.: МИА, 2008; 424 с.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересм. Т. 1, ч. 1 / Женева. ВОЗ, 1995; 698 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересм. Т. 1, ч. 2 / Женева. ВОЗ, 1995; 633 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересм. Т. 2. Сб. инструкций / Женева. ВОЗ, 1995; 179 с.
6. Приказ МЗ РФ №382 от 29.04.1994 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
7. Приказ МЗ РФ №398 от 04.12.1996 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации».
8. Приказ МЗ РФ №170 от 27.05.1997 «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на МКБ-10».
9. Приказ МЗ РФ №241 от 07.08.1998 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в связи с переходом на МКБ-10».
10. Письмо Минздравсоцразвития РФ №14-6/10/2-178 от 19.01.2009 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».
11. Приказ Минздравсоцразвития РФ №782н от 26.12.2008 «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».
12. Никулина Н.Н., Якушин С.С. Регистрация заболеваемости и смертности от острых форм ИБС в России: выявленные проблемы и пути их решения // Кардиоваск. тер. и профилактика. — 2009; 8 (6, прил. 1): 253–4.
13. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Высокая смертность от ИБС в Российской Федерации: проблемы формирования статистических данных // Сердце. — 2010; 9 (1): 19–25.
14. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть (клиническая морфология) / М.: Медицина для всех, 2000; 127 с.
15. Кактурский Л.В. Внезапная сердечная смерть: современное состояние проблемы // Арх. патол. — 2005; 3: 8–11.
16. Кактурский Л.В. Внезапная морфология острого коронарного синдрома // Арх. патол. — 2007; 4: 16–9.
17. Коваленко В.Л., Старикова И.Л. Нозологический профиль и клинико-морфологические сопоставления при внезапной сердечной смерти // Изв. Челябинского научного центра. — 2006; 2 (32): 104–9.
18. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death — executive summary // Circulation. — 2006; 114: 1088–132.
19. Горохова С.Г. Диагноз при сердечно-сосудистых заболеваниях / Под ред. И.Н. Денисова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 208 с.

TERMINOLOGY AND FORMULATION OF A DIAGNOSIS IN CORONARY HEART DISEASE: GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

Professor **S. Yakushin, MD; N. Nikulina, MD**

Acad. I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ryazan

The paper outlines and exemplifies the basic principles of the terminology and formulation of a clinical diagnosis in patients with diseases referring to as coronary heart disease.

Key words: coronary heart disease, diagnosis, terminology.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИАГРЕГАНТОВ

В. Шмырев, доктор медицинских наук, профессор,
А. Васильев, кандидат медицинских наук
Учебно-научный медицинский центр
Управления делами Президента РФ
E-mail: alexvasiliev@mail.ru

В статье рассмотрены возможности применения антиагрегантной терапии при консервативной первичной и вторичной профилактике ишемического инсульта (ИИ) с учетом актуальных европейских рекомендаций — Хельсингборгской декларации (2006) и Рекомендаций Европейской инсультной организации по ведению больных с ИИ и транзиторными ишемическими атаками (2008).

Ключевые слова: консервативная первичная и вторичная профилактика ишемического инсульта, антиагрегантная терапия, Курантил®.

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) уже не одно десятилетие остаются на первых местах в списке наиболее тяжелых инвалидизирующих заболеваний [7] и являются 2-й по распространенности причиной деменции, наиболее частой причиной эпилепсии у взрослых, а также частой причиной депрессии [1, 3, 4]. Поэтому столь важным направлением работы является снижение как индивидуального, так и популяционного риска развития инсульта. Благодаря усовершенствованию диагностики (скрининг магистральных артерий с цветным доплеровским сканированием, магнитно-резонансная ангиография, ангиография с мультиспиральной компьютерной томографией и т.д.) и появлению новых технологий все большее распространение получают ангиохирургические методы коррекции серьезных гемодинамически значимых изменений сосудов (преимущественно при симптомных стенозах >70%), однако довольно значительной части пациентов проведение подобного вмешательства не показано, а кроме того, при ангиохирургическом вмешательстве требуется последующая антиагрегантная терапия [2], поэтому в лечении пациентов этого профиля ведущую роль продолжают играть фармакологические технологии.

Согласно обновленной Хельсингборгской декларации 2006 г. [5], в которой определена стратегия борьбы с инсультом в Европе до 2015 г., первичной и вторичной профилактике инсульта отведено одно из важнейших мест. В частности, указано: «Для пациентов с фибрилляцией предсердий и ишемическим инсультом (ИИ) или транзиторной ишемической атакой (ТИА) в анамнезе (вторичная профилактика) лечение с применением оральных антикоагулянтов должно быть рассмотрено в качестве терапии первой линии. В случае, если применение оральных антикоагулянтов противопоказано, должны использоваться антиагреганты. Для пациентов с фибрилляцией предсердий, не имеющих ТИА или ИИ в анам-