

А.Л.Черняев

## КЛИНИЧЕСКИЙ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

Заболевания органов дыхания, в том числе различные виды опухолей и врожденная патология, в последнее десятилетие выходят на одно из лидирующих мест в структуре общей заболеваемости и смертности, обладая одним из самых высоких темпов роста. Это обусловлено ухудшением экологических и социальных условий во многих странах мира и, в частности, в России. В последние 5 лет увеличивается число больных с пневмонией, хроническим обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой, туберкулезом, опухолями легких.

В XX веке сложились достаточно четкие представления об основных принципах и правилах составления клинического и патологоанатомического диагнозов, то есть учение о диагнозе. В основе формулировки диагноза должен лежать нозологический принцип. Нозология — это синтез наших знаний о болезнях, тогда как нозологическая форма — результат их анализа [10]. Нозология как “некоторая абстракция, обезличенная клиника” (Давыдовский И.В., 1956) — понятие общепатологическое, нозологическая единица — понятие клинко-морфологическое, “питающее” учение о болезнях. Нозологическая форма — это определенная болезнь, выделенная на основании установленных этиологии и патогенеза и /или характерной клинко-морфологической картины. Это единица номенклатуры и классификации болезней (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1988, т.1, с.148)

Однако в последние годы на Западе и у нас в стране наблюдается тенденция к замене нозологической единицы синдромом. С этим положением трудно согласиться, так как синдром — это совокупность связанных единым патогенезом симптомов, характерных для различных заболеваний [10]. В практической деятельности пульмонологов часто встречаются моменты, когда используется эмпирический подход к лечению. Такой эмпиризм основан на научном знании врача определенных нозологических единиц и имеет право на жизнь в процессе экстренного лечения пациента. Тем не менее в последующем необходимо уточнять конкретную нозологическую форму.

Целью настоящей статьи является стандартизация принципов и правил построения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Важным разделом в работе пульмонологов и патологоанатомов является правильное построение диагнозов и их сопоставление в случаях смерти больных. Несмотря на большое число методических рекомендаций, инструкций и писем МЗ РФ, этот раздел работы врачей все еще не лишен ряда недостатков.

При изучении болезни оценивается и анализируется большой комплекс патологических изменений в различных системах организма. Кроме того, на эти системы постоянно оказывает влияние множество внешних факторов. Отражением этого сложного процесса является диагноз — процесс познания сущности патологических изменений, состояний, болезней [1,3,4,6].

Диагностический и лечебный процесс представляют собой диагностическое единство. В связи с этим клинический диагноз не может быть только перечнем выявленных у больного нозологических единиц, синдромов и симптомов, а должен быть логичным и наиболее полно отражать все патологические изменения и соответствовать следующим принципам:

1. Нозологическому (с учетом требований Международной классификации болезней, травм и причин смерти — МКБ, и возможности статистического учета);
2. Интранозологическому (уточнение формы, стадии активности, тяжести, степени нарушения функции);
3. Патогенетическому (отражение последовательности развития патологических процессов и заболеваний, степени их взаимосвязи, особенностей их интегральных проявлений и последствий);
4. Динамическому (изменение патологических состояний в течение заболевания и его лечения);
5. Структурному (оформление диагноза с учетом патогенеза, отражение последовательности, подчиненности процессов, особенностей их взаимодействия);
6. Деонтологическому (учет влияния диагностических сведений о больном).

Отражение в клиническом диагнозе в той или иной мере этих принципов в случае летального исхода облегчает проведение клинико-анатомических сопоставлений и оформление заключительного патологоанатомического диагноза, отражающего морфологическую основу заболевания, процессов их взаимосвязей и особенности танатогенеза [11].

Накопленный медицинский опыт в области организации специализированной помощи, дающей наилучший лечебный эффект, требует нового подхода и к оформлению диагнозов.

К сожалению, отсутствие общепринятого определения основного заболевания в клиническом понимании иногда является причиной различий в подходе к этому вопросу со стороны лечащего врача и патологоанатома. Однако в патологоанатомической практике четко утвердилось понятие основного заболевания как болезни, которая сама по себе или через связанные с ней осложнения привела больного к смерти.

В клиническом диагнозе основным заболеванием следует считать ту нозологическую единицу, которая в данный момент и при данных условиях имеет наиболее выраженные проявления, угрожающие жизни, здоровью и трудоспособности больного, служит причиной обращения за медицинской помощью, требует главного внимания и усилий врача, проведения первоочередных лечебно-профилактических мероприятий или приводит к смерти больного [1—4, 9].

Исходя из приоритетности клинических проявлений заболеваний и необходимости проведения специальной терапии, в МКБ IX пересмотра выделены родовые понятия болезней, такие как ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, хронические неспецифические заболевания легких и другие, объединяющие ряд нозологических видов.

Клинический, как и патологоанатомический, диагноз должен содержать в себе следующие рубрики:

- основное заболевание,
- осложнение,
- сопутствующее заболевание,
- непосредственная причина смерти.

Последствия реанимационных мероприятий, а также вид оперативного вмешательства записывают в отдельной строке диагноза (чаще в основном диагнозе или в его осложнениях). Можно использовать рубрики “осложнения лечения и реанимации”.

При оформлении клинического и патологоанатомического диагнозов и заполнении врачебного свидетельства о смерти следует использовать терминологию, имеющуюся в номенклатуре болезней МКБ и в общепринятых классификациях, которые, однако, не всегда совпадают. Поэтому построение диагноза — это творчество врача с учетом логических схем; принципов и правил.

У лиц пожилого и старческого возраста при наличии многих заболеваний выделяют основное заболевание, отдавая предпочтение:

- нозологической единице, имеющей наибольшую вероятность быть первой причиной смерти;

- более тяжелой по характеру, осложнениям и последствиям нозологической форме;

- заболеванию, имеющему более высокую вероятность по частоте и летальным исходам;

- заболеванию, танатогенез которого был ведущим.

Следует также иметь в виду, что отбор одной причины смерти для статистики заболеваемости в соответствии с рекомендациями ВОЗ основан на учете состояния, по поводу которого проводится лечение или исследование в течение соответствующего эпизода больничного или другого вида обслуживания. Однако, помимо выбора одной причины, для углубления научной разработки следует по возможности более полно кодировать и анализировать причины смерти.

Если у больного имелось одновременное сочетание нескольких нозологических единиц, одинаковых по тяжести, то такие случаи расценивают как многопричинные. В практике чаще всего имеет место бикаузальный генез заболевания и смерти, то есть сочетание двух нозологических единиц, вызывающих у больного новое патологическое состояние, ускоряющее наступление смерти.

В отличие от монокаузальных случаев сочетание двух нозологических единиц обозначают термином **“комбинированное основное заболевание”**. К числу комбинированных заболеваний относят следующие сочетания нозологических единиц:

- два конкурирующих заболевания, не поддающихся разделению из-за тесноты клинико-морфологических проявлений, каждое из которых (само по себе или через осложнения) могло бы привести больного к смерти;

- два сочетанных заболевания, отличающихся от конкурирующих тем, что летальный исход наступает в результате случайного совпадения по времени двух основных заболеваний, каждое из которых в данных условиях не могло привести больного к смерти, однако в совокупности они явились причиной смертельного исхода;

- основное и фоновые заболевания.

К **фоновым заболеваниям** (при комбинированном основном заболевании) относят те, которые имели важное значение в патогенезе основного заболевания, обусловили его тяжесть или сыграли роль в возникновении и неблагоприятном течении осложнений.

При оформлении комбинированного основного заболевания следует отметить, что пока, к сожалению, статистическому учету подлежит только нозологическая единица, стоящая на первом месте. Однако в ряде регионов и клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Челябинска уже в настоящее время шифруют все нозологические единицы, указанные в диагнозе.

К **осложнениям** относят нозологические единицы, синдромы и патологические процессы, которые патогенетически (непосредственно или опосредованно) связаны с основным заболеванием. При наличии нескольких процессов выделяют основные осложнения, приводящие к смерти, и добавочные — второстепенные. Предпочтительней их перечисление в рубрике ослож-

нений по возрастанию остроты, последней следует указывать непосредственную причину смерти.

**Сопутствующими заболеваниями** считают важнейшие нозологические единицы (синдромы), которые по данным клиники и вскрытия не были непосредственно связаны с основным заболеванием и не ускорили летального исхода.

#### Примеры формулировки пульмонологических диагнозов

Монокаузальные диагнозы:

1. *Основное заболевание:* Хронический обструктивный бронхит, диффузный сетчатый пневмосклероз, буллезная эмфизема легких.  
*Осложнения:* Легочное сердце. Дыхательная недостаточность (ДН) III. Недостаточность кровообращения (НК) III. Отек легких.
2. *Основное заболевание:* Бронхоэктатическая болезнь: двусторонние нижнедолевые бронхоэктазы. Хронический бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких.  
*Осложнения:* ДН III ст. Легочное сердце. НК II. Отек легких.
3. *Основное заболевание:* Правосторонняя нижнедолевая плевропневмония (бактериологически и/или бактериоскопически — пневмококковая).  
*Осложнения:* ДН III ст. НК II. Отек легких.
4. *Основное заболевание:* Хронический диффузный бронхит в стадии обострения: пневмония левосторонняя верхнедолевая очагово-сливная; диффузный пневмосклероз, эмфизема легких.  
*Осложнения:* ДН II ст. Отек легких и головного мозга.

До настоящего времени формулировка диагнозов и их сличение в случае смерти больных с БА остается достаточно сложной задачей. В клинике формулировка диагноза основана на виде БА, степени тяжести, зависимости от гормональной терапии.

5. *Основное заболевание:* БА, инфекционно-аллергическая (эндогенная) среднетяжелого течения: хронический диффузный катаральный бронхит, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких.  
*Осложнения:* Легочное сердце. ДН II ст, НК II ст.  
*Сопутствующая патология:* Гипертоническая болезнь IIБ. Постинфарктный кардиосклероз.
6. *Основное заболевание:* БА, атопическая (экзогенная), тяжелого течения, гормонозависимая: хронический диффузный бронхит, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких.  
*Осложнения:* Синдром Иценко-Кушинга, остеопороз трубчатых костей и тел позвонков. ДН II ст.  
*Сопутствующая патология:* Хроническая язва тела желудка. ИБС: стенокардия напряжения.

В случаях смерти больных на высоте астматического статуса клинический и патологоанатомический диагнозы формулируются практически одинаково.

7. *Основное заболевание:* БА, инфекционно-аллергическая (эндогенная), тяжелого течения, гормонозависимая — астматический статус: хронический диффузный тотальный обструктивный брон-

хит ("стекловидные" пробки в просвете субсегментарных бронхов, густая мокрота в просвете главных, долевых и сегментарных бронхов, острое вздутие легких или острое вздутие в сочетании с эмфиземой легких).

*Осложнения:* Очаговые дистелектазы нижних долей легких. Венозное полнокровие внутренних органов. Мелкоочаговые кровоизлияния под плеврой, эндокардом. Отек легких. Отек головного мозга с вклиниванием ствола мозга в большое затылочное отверстие.

*Сопутствующая патология:* Гипертоническая болезнь II А. Атеросклероз аорты, венечных артерий сердца.

В случае смерти больного БА при доказанной передозировке  $\beta_2$ -агонистов диагноз в клинике и патологоанатомический диагноз должны быть следующими:

8. *Основное заболевание:* БА, инфекционно-аллергическая (эндогенная), тяжелого течения: хронический диффузный бронхит, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких.

*Осложнения:* Передозировка  $\beta_2$ -агонистов (конкретный препарат). Очаги ишемии миокарда задней стенки левого желудочка. Венозное полнокровие внутренних органов. Массивный отек легких. Отек головного мозга.

*Сопутствующая патология:* Атеросклероз аорты.

Если больные длительно страдали хроническим бронхитом с последующим развитием БА (приступов удушья) с формированием легочного сердца или возникновением бронхопневмонии как обострения хронического бронхита, то в клиническом диагнозе на первом месте будет фигурировать диагноз БА, в стадии ремиссии. Патологоанатомический же диагноз в этом случае будет сформулирован по-другому. Однако при сличении клинического и патологоанатомического диагнозов расхождение ставить неправомерно.

9. *Основное заболевание:* Хронический катарально-склеротический диффузный бронхит, диффузный пневмосклероз, буллезная эмфизема легких. Бронхиальная астма (анамнестически или клинически в стадии ремиссии).

*Осложнения:* Легочное сердце (желудочковый индекс: ЖИ=0,93). Венозное полнокровие внутренних органов. Двусторонний гидроторакс (по 1000 мл). Асцит (1000 мл.) Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующая патология:* Гипертоническая болезнь (масса левого желудочка 200 г, артериолонефросклероз). Атеросклероз аорты.

Второй пример касается больных, умерших от обострения хронического бронхита без манифестации БА.

10. *Основное заболевание:* Хронический катарально-гнойный бронхит в стадии обострения: двусторонняя нижнедолевая очагово-сливная бронхопневмония: диффузный пневмосклероз; эмфизема легких. БА инфекционно-аллергическая (эндогенная) в стадии ремиссии.

*Осложнения:* Венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующая патология:* Атеросклероз аорты

и венечных артерий сердца. Постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка.

Таким образом, формулировка клинического и патологоанатомического диагнозов имеет ряд сложностей и несоответствий, однако процесс установления того или иного диагноза носит динамический характер. Приведенные примеры формулировки диагнозов не являются догмой, а лишь руководством для взаимопонимания клиницистов и патологов. Приобретение новых научных знаний в патогенезе БА позволит совершенствовать постановку диагноза и его сличение в случаях смерти.

К концу 70-х годов была сформирована новая международная система стандартизации онкологических заболеваний (раков) с учетом распространенности первичной опухоли (дескриптор T), степени поражения региональных лимфатических узлов (N) и отдаленного метастазирования (M) [14]. Система TNM — это символический международный язык для координации распространенности опухоли. Каждый из дескрипторов имеет по два-четыре значения. Обычно дескрипторы TNM определяются на основании данных клинического, рентгенологического, эндоскопического и хирургических методов. Границы распространения опухоли уточняются после радикального хирургического лечения. Если проводится гистологическая верификация рака, то добавляется буква "p" (pTNM). Окончательный вариант кодификации обсужден на заседании Международного противоракового союза в Стокгольме, опубликован и рекомендован в 1986 г. [15].

#### Кодификация TNM (1986):

##### **T — первичная опухоль**

TiS — предынвазивный рак (*carcinoma in situ*).

T<sub>0</sub> — первичная опухоль не определяется.

T<sub>1</sub> — опухоль не более 3 см в наибольшем измерении, окруженная легочной тканью или висцеральной плеврой; без признаков инвазии проксимальнее долевого бронха при бронхоскопии или необычная инвазивная опухоль любых размеров с поверхностным распространением в пределах стенки бронха, включая главный.

T<sub>2</sub> — опухоль более 3 см в наибольшем измерении или опухоль любого размера, вызывающая ателектаз или обструктивный пневмонит, распространяющаяся на область корня. По данным бронхоскопии, проксимальный край опухоли располагается на 2 см дистальнее карины. Любые сопутствующие ателектазы или обструктивный пневмонит не распространяются на все легкое.

T<sub>3</sub> — опухоль любого размера, прорастающая грудную стенку (включая рак синдромом Панкоста), диафрагму, медиастинальную плевру или перикард без поражения сердца, крупных сосудов, трахеи, пищевода или тел позвонков, или опухоль, распространяющаяся на главный бронх на 2 см проксимальнее карины без ее инфильтрации.

T<sub>4</sub> — опухоль любого размера с поражением средостения, сердца, крупных сосудов, трахеи, пищевода, тел позвонков или карины бифуркации или нали-

чие злокачественного плеврального выпота (в отсутствие элементов опухоли в пунктате, геморрагической окраски его или признаков, указывающих на экссудат, опухоль относят к категории T<sub>1</sub> — T<sub>3</sub>).

T<sub>x</sub> — диагноз подтвержден цитологическим исследованием мокроты, но опухоль не обнаруживается рентгенологически и бронхоскопически или недоступна выявлению (обследование не может быть проведено).

##### **N — регионарные лимфатические узлы**

N<sub>0</sub> — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N<sub>1</sub> — метастазы в перибронхиальных и(или) лимфатических узлах корня легкого на стороне поражения, включая прямое прорастание первичной опухоли.

N<sub>2</sub> — метастазы в бифуркационных и медиастинальных лимфатических узлах на стороне поражения.

N<sub>3</sub> — метастазы в лимфатических узлах средостения или корня на противоположной стороне, в прескаленных или подключичных зонах.

##### **M — отдаленные метастазы**

M<sub>0</sub> — нет признаков отдаленного метастазирования.

M<sub>1</sub> — имеются отдаленные метастазы (следует уточнить их локализацию: легкое, кости, печень, головной мозг, лимфатические узлы, костный мозг, плевра, кожа, глазное яблоко, другие органы).

#### Группировка по стадиям:

Скрытый рак — T<sub>x</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

0 стадия — TiS, *carcinoma in situ*

I стадия — T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

II стадия — T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

III а стадия — T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>1-3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>

III б стадия — T<sub>1-4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>4</sub>N<sub>0-3</sub>M<sub>0</sub>

IV стадия — T<sub>1-4</sub>N<sub>0-3</sub>M<sub>1</sub>

Основные параметры дескрипторов всегда должны быть перед глазами диагноста, хирурга, морфолога. В практических и учебных целях удобно пользоваться компактной схемой.

TiS — предынвазивный рак.

T<sub>1</sub> — диаметр опухоли не более 3 см. Висцеральная плевра не поражена. Проксимальнее долевого бронха нет распространения. Ателектаза доли нет. Поверхностное поражение в пределах стенки.

T<sub>2</sub> — диаметр опухоли более 3 см. Ателектаз доли (справа не более двух долей). Край опухоли на 2 см дистальнее карины.

T<sub>3</sub> — прорастание соседних структур (грудная стенка, диафрагма, средостение). поражение главного бронха менее 2 см от карины. Ателектаз всего легкого. Нет поражения сердца, сосудов, трахеи.

T<sub>4</sub> — поражение средостения: сердца, сосудов, трахеи, пищевода, позвонков. Выпот только злокачественный (если без элементов опухоли, то T<sub>1-3</sub>).

N<sub>1</sub> — поражение лимфатических узлов корня.

N<sub>2</sub> — поражение бифуркационных и медиастинальных узлов на стороне первичного очага.

N<sub>3</sub> — поражение противоположных лимфатических узлов средостения, прескаленных, надключичных.

11. *Основное заболевание:* Центральный рак правого верхнедолевого бронха  $T_2N_2M_1$ . Метастазы рака в паратрахеальных и прикорневых лимфатических узлах, в левом легком, в печени и головном мозге. *Осложнения:* Раковая кахексия. Ателектаз верхней доли правого легкого. Отек легких и головного мозга.
12. *Основное заболевание:* Периферический рак 3 сегмента левого легкого с распространением  $T_1N_2M_1$ . Метастазы рака в лимфоузлах средостения, плевре, правом легком, печени и головном мозге. *Осложнения:* Двусторонний гидроторакс. Желтуха. Отек легких и головного мозга.
13. *Основное заболевание:* Диффузный двусторонний бронхоальвеолярный рак  $T_4N_3M_0$ . Метастазы рака в клетчатке переднего средостения. *Осложнения:* ДН III. Отек легких и головного мозга.

Для морфологического анализа наблюдения идиопатического фиброзирующего альвеолита (ИФА) целесообразно распределить на три группы. 1-я группа характеризуется острым течением процесса, больные, как правило, погибают в течение 2 лет от начала заболевания. Во 2-й группе течение подострое, больные живут 2—4 года. В 3-й группе больные с хроническим течением процесса живут более 4 лет. В каждой из этих групп имеются четыре подгруппы: а) с поражением доли, б) распространенное поражение, в) с применением глюкокортикоидов, г) без применения глюкокортикоидов [6].

Формулировка диагнозов при диссеминированных процессах в легких с учетом микроскопической картины по биопсии легких должна включать характеристику течения.

14. *Основное заболевание:* ИФА, леченный глюкокортикоидами, хроническое течение с распространенным поражением и исходом в интерстициальный фиброз и сотовое легкое. *Осложнения:* Легочное сердце. ДН III. НК II—III ст. Отек легких.
15. *Основное заболевание:* ИФА, острое течение с поражением нижней доли правого легкого. *Осложнения:* ДН III, отек легких.
16. *Основное заболевание:* ИФА, леченный глюкокортикоидами, подострое течение с поражением трех долей легких, краевая буллезная эмфизема легких. *Осложнения:* ДН III. правосторонний спонтанный пневмоторакс.
17. *Основное заболевание:* ЭАА, хроническое течение с исходом в диффузный интерстициальный фиброз. *Осложнения:* Легочное сердце. Флеботромбоз голеней. Тромбоэмболия легочной артерии.

Советская и российская фтизиатрия и патологическая анатомия по праву должны гордиться огромными достижениями в изучении туберкулеза и выделения

стадий и форм течения этого тяжелого заболевания [13]. Формулировке диагнозов посвящены несколько методических рекомендаций и статей И.П.Соловьевой [7,12]. Однако в клинической практике неспециализированных учреждений, где все чаще встречается туберкулез, подробная детальная формулировка клинических диагнозов не всегда возможна и необходима. Поэтому, на наш взгляд, для формулировки диагнозов в пульмонологической практике более приемлема международная клиническая классификация туберкулеза, принятая в 1973 г.

18. *Основное заболевание:* Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, фаза прогрессирования — множественные каверны правого легкого и гигантская плотностенная каверна верхней доли левого легкого. *Осложнения:* Ацинозно-лобулярная казеозная пневмония в нижних долях обоих легких. Облитерация плевральных полостей. Легочное сердце.
19. *Основное заболевание:* Посттуберкулезный диффузный пневмосклероз в исходе хронического гематогенного туберкулеза легкого, эмфизема легких. *Осложнения:* Бронхоэктазы в нижних долях обоих легких. Легочное сердце. НК II—III ст.
20. *Основное заболевание:* Гематогенный туберкулез с поражением легких, печени, почек, толстой кишки и лимфатических узлов.
21. *Основное заболевание:* Острый генерализованный милиарный туберкулез с поражением легких, печени, селезенки, оболочек головного мозга.

#### Комбинированное основное заболевание

##### 22. Конкурирующие основные заболевания.

- 1) Периферический рак нижней доли правого легкого ( $T_1N_1M_1$ ). Метастазы рака в лимфатических узлах ворот легких и в печени.
- 2) ИФА, хроническое течение. Распространенное поражение всех долей легкого. *Осложнения:* Легочное сердце, ДН III. Флеботромбоз голеней. Тромбоэмболия легочной артерии.
23. *Сочетанные основные заболевания.*
  - 1) Хронический диффузный обструктивный бронхит, пневмосклероз, эмфизема легких.
  - 2) Постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий сердца и артериальной гипертензии (гипертонической болезни). *Осложнения:* Легочное сердце. НК III. Флеботромбоз нижних конечностей. Тромбоэмболия сегментарных ветвей легочной артерии.
24. *Основное и фоновое заболевания.*

*Основное заболевание:* Тотальная двусторонняя плевропневмония с абсцедированием.

*Фоновое заболевание:* Хронический алкоголизм (анамнестически) или хроническая алкогольная интоксикация.

Несмотря на принятый на 5-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания консенсус по пневмониям, формулировка и ее место в клиническом и патологоанатомическом диагнозе продолжают широко дискутироваться среди практических врачей. В связи с этим в статье приведены лишь три примера клини-

ческого диагноза, когда пневмония является основным диагнозом.

Формулирование клинического диагноза должно быть основано на основных принципах и правилах построения диагноза, включая рубрику основного и сопутствующего заболевания, а также всех видов осложнений основного заболевания, исходя из классификационных схем нозологий МКБ IX.

В статье приведено мнение автора на принципы формулировки пульмонологического диагноза, однако не следует понимать ее содержание как некую инструкцию. Процесс написания диагноза динамичен и во многом зависит от творчества конкретного врача и уровня знаний относительно той или иной нозологической единицы на настоящий момент. Основной целью статьи явилось приглашение широкого круга пульмонологов к обмену мнением относительно формулировки диагноза при патологии легких, что в дальнейшем может привести к выработке определенной договоренности по каждой нозологической единице при написании клинического и патологоанатомического диагнозов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. — М., 1984.
2. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и дифференциальной патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии. — М.: Медицина, 1984.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. — М., 1994.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. — М., 1987.
5. Биопсийно-секционный курс: Учебно метод. указания для практических и самостоятельных работ студентов лечебного факультета / Под ред. О.Д. Мишнев. — М., 1995.
6. Диссеминированные процессы в легких / Под ред. Н.В. Путова. — М.: Медицина, 1984.
7. Патологоанатомическая диагностика и трактовка основных форм туберкулеза: Метод. рекомендации. — М., 1993.
8. Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. 9-й пересмотр ВОЗ (МКБ-9) Т.2. — М., 1980.
9. Саркисов Д.С. Избранные лекции по курсу общей патологии. Некоторые вопросы современного учения о болезни. — М.: НИО "Квартет", 1993. — Вып.3. — С.99—123.
10. Серов В.В. О содержании основных клинических понятий — синдром, нозологическая форма, групповое понятие болезни // Арх. пат. — 1996. — № 3. — С.6—9.
11. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. — М.: ЦОЛИУВ, 1977.
12. Соловьева И.П. Классификация туберкулеза и типовые признаки его основных клинико-анатомических форм // Пульмонология. — 1993. — № 3. — С.86—92.
13. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях. — М.: Медицина, 1976.
14. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994.
15. Mountain C.F., Zukerman I.M., Hammer S.P. et al. Lung cancer classification // J. Surg. Oncol. — 1987. — Vol.35 — P.147—156.

Поступила 22.06.96.

## Самооценка профессиональной подготовки врача-пульмонолога

Кафедра клинической гематологии и интенсивной терапии; кафедра клинической иммунологии и аллергологии факультета послевузовского профессионального образования ММА им.И.М.Сеченова

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

#### № 57

50-летний больной, длительно злоупотреблявший алкоголем, доставлен в стационар в тяжелом состоянии: лихорадка до 39°C, спутанность сознания, одышка до 35 в мин, кашель с отделением гнойной мокроты. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение верхней доли правого легкого с подчеркнутой междолевой бороздой, вогнутой кверху. В мокроте большое количество нейтрофильных лейкоцитов, грамнегативные палочки. Наиболее оптимальным антимикробным препаратом в данной ситуации является:

- А. Бензилпенициллин
- Б. Ампициллин

- В. Амоксиклав
- Г. Гентамицин
- Д. Карбенициллин

#### № 58

45-летний больной, курильщик, обратился с жалобами на длительный малопродуктивный кашель, преимущественно в ночные часы. Противокашлевые препараты малоэффективны. В прошлом заболевания легких не отмечал. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, по поводу которой получает капотен в суточной дозе 75 мг. При предыдущем обращении к врачу в связи с предполагающейся левожелудочковой недостаточностью был дополнительно