



М.І. Яблучанський

Клінічний діагноз

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Розглянуто загальну методологію діагнозу, визначення діагнозу, клінічний діагноз, діагноз хвороби і діагноз хворого; синдромний і нозологічний рівні діагнозу; ймовірний і можливий діагнози; попередній діагноз, диференційний діагноз, симптоми і синдроми в діагнозі; структура клінічного діагнозу, комбінований діагноз.

Ключові слова: лікарська практика, діагноз хвороби, діагноз пацієнта, клінічні симптоми.

Уперекладі з грецької *diagnosis* означає розпізнавання. Діагностиці можуть піддаватися різні явища природи. Я зупинюся на медичному, конкретніше — клінічному діагнозі, який є ядром діяльності практикуючого лікаря. «*Quibenediagnoscirt, benecurat*» — казали в стародавні часи, і в роботі з пацієнтом встановлення діагнозу має першорядне значення.

Усі види медичного діагнозу в найпростішому випадку можуть бути класифіковані на популяційний (що належить до деякої досліджуваної популяції) та індивідуальний (щодо конкретного індивіда). Приклади популяційного діагнозу — епідемії грипу, холери. Приклади індивідуального діагнозу — клінічний, патологоанатомічний, судово-медичний. Отже, клінічний діагноз — один із різновидів, сутність однієї з підмножин індивідуального серед безлічі медичних діагнозів. Його природно визначити як виражений з урахуванням медичних термінологій та класифікацій, внутрішній несуперечливий формалізований висновок про стан здоров'я пацієнта.

З визначення випливає, що клінічний діагноз, суворо кажучи, якщо йдеться про хвору людину (лікар може поставити пацієнту і діагноз «здоровий»), є діагнозом не хвороби, а власне пацієнта.

Клінічний діагноз повинен відповідати таким вимогам:

- містити загальну оцінку стану здоров'я пацієнта, обмежуючись формулою «здоровий»,

якщо мова про здорову людину, або найменуванням хвороби, якщо йдеться про хворого;

- відображати особливості хвороби у пацієнта, що стосуються її форми, характеру, тяжкості та стадії перебігу, основних клінічних синдромів, ускладнень і т. ін.;
- відображати стан пацієнта загалом, його компенсаторно-приспосувальні механізми в достатньому для сприятливого перебігу хвороби обсязі;
- усі пункти повинні не суперечити один одному;
- бути формалізованим, володіючи повнотою і не несучи надлишкової інформації.

У діагнозі вказують дату для невідкладних станів та точний час початку хвороби, а для хронічних захворювань — ще й дату загострення.

Нозологічний діагноз, що обмежується найменуванням та характеристикою наявної у пацієнта хвороби, завжди є частиною клінічного і має право на існування відносно визначення належності хвороби до відповідної нозологічної групи. Він є не більше ніж абстрактним, і сфера його застосування обмежується завданнями статистичної звітності. І.В. Давидовський писав: «Нозологічні укладення лише в загальній формі відображають реальну дійсність. Вони правдоподібні, але не відображують усієї правди, тобто всієї повноти події індивідуального значення» [3].

У клініці лікар працює з пацієнтом, він визначає стан його здоров'я і ставить діагноз йому, а не його хворобі. Практика нозологічних діагнозів досить поширена в лікарському середовищі, але, суворо кажучи, не правильна.

Існує два рівні клінічного діагнозу: синдромний і нозологічний. Синдромний полягає у перерахуванні наявних у пацієнта синдромів, формула нозологічного починається з назви хвороби.

Стаття надійшла до редакції 21 квітня 2015 р.

Яблучанський Микола Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини медичного факультету 61077, м. Харків, пл. Незалежності, 4
E-mail: mydoctorlife@gmail.com

Синдромний рівень діагнозу нижчий від нозологічного, але це не свідчить про те, що він є ознакою недостатньої компетенції лікаря або не зрозумілого до кінця у нього захворювання. Навпаки, частіше лікар необґрунтовано вдається до нозологічного рівня діагнозу, не маючи на те достатніх підстав, і уникає синдромного рівня. В очах колег і пацієнта він видається професіоналом високого класу, а насправді нерідко це не так. Лікар має право на нозологічний рівень клінічного діагнозу тоді й тільки тоді, коли впевнений у встановленій природі хвороби пацієнта. В іншому разі діагноз повинен формулюватися на синдромному діагнозі.

Нозологічний рівень без підстав знімає проблему диференціювання можливих у пацієнта хвороб і може дезорієнтувати лікаря стосовно надання йому допомоги. Сила лікаря у встановленні клінічного діагнозу на синдромному рівні, якщо на момент обстеження пацієнта немає достатніх підстав для нозологічного.

Встановивши діагноз на синдромному рівні, лікар залишатиметься на висоті, зберігаючи потрібні й достатні умови для того, щоб діагностичний процес відбувався аж до встановлення істинного, клінічного діагнозу на нозологічному рівні.

Клінічний діагноз може бути ймовірним і припустимим. Життя побудоване на ймовірностях, і в ньому правило — діагноз ймовірний і виняток — діагноз припустимий.

Клінічний діагноз, який виставляють пацієнтові під час першої зустрічі з ним і який далеко не завжди може бути правильним, називають попереднім. Він є першим у ланцюзі діагнозів, які уточнюються в диференційному діагнозі. Р. Хеггліс писав: «Кожен діагноз, який ставить лікар, є в кінцевому рахунку диференційним, тобто зі зважуванням кожного окремого симптому, оцінкою і диференціюванням його» [4].

Діагностичну процедуру сформалізував ще С.П. Боткін, який виділяв такі її фази, як отримання симптомів, аналіз симптомів, побудова діагностичної гіпотези і обґрунтування власне діагностичного висновку [1]. Це не проста процедура, тому що не завжди є відповідність між знайденими у хворого ознаками хвороби і сформованим розумінням хвороби.

А.В. Виноградов писав: «У повсякденній роботі лікаря зазвичай доводиться зустрічатися з найпоширенішими хворобами [2]. Біль у ділянці серця найчастіше виявляється наслідком стенокардії або інфаркту міокарда, а біль у животі — гострого апендициту. Проте біль у животі може зумовити інфаркт міокарда, а біль в ділянці серця — панкреатит або остеохондроз шийного відділу хребетного стовпа. Важливо з'ясувати, яка хвороба спричинила вияв-

лені у хворого симптоми та ознаки, і зовсім не важливо, часто ця хвороба чи рідкісна».

Діагностика включає в себе отримання і аналіз симптомів із побудовою діагностичної гіпотези та обґрунтуванням діагностичного висновку.

Ключові терміни: симптом і синдром. Під симптомом розуміють ознаку хвороби. Синдром — складніше поняття. Він містить багато симптомів, але не завжди вони пов'язані один із одним і характеризують в сукупності одну конкретну сторону хвороби.

Симптоми і синдроми інваріантні щодо методу, якими їх виявлено. Хоч яким би методом було виявлено кардіомегалію — перкусією, на оглядовій рентгенограмі грудей, під час ультразвукового сканування, комп'ютерної рентгенівської томографії, вона залишиться кардіомегалією. Лихоманка, лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, гіперферментемія, біохімічні ознаки метаболічного вибуху у пацієнта з інфарктом міокарда є симптомами запального синдрому, точніше, його першою ознакою, пов'язаною з некрозом і деструкцією некротизованого міокарда, фази альтерації.

Синдроми — не застигла конструкція, і один і той самий синдром у одного і того ж пацієнта в різні терміни хвороби змінюватиметься, тому що з'являються одні, змінюються другі і йдуть третіми симптоми. За зміною синдромів судять про ступінь ймовірності тієї чи тієї хвороби, її фазовий перебіг, сприятливий або несприятливий варіант, рівні здоров'я пацієнта.

Різні клінічні синдроми мають різну потужність, складаються з різної кількості симптомів. Синдроми як поєднання безлічі симптомів, відповідно з різною потужністю, можуть займати різне положення один відносно одного, включати в себе синдроми меншої потужності або ж входити як підсиндроми в синдроми більшої потужності. Доцільно виділяти синдроми організменого і локального (місця хвороби) рівнів. Прикладами синдромів організменого рівня є психосоматичний, астеновегетативний, гіпертермічний, інтоксикаційний, порушення обміну речовин, стани неспецифічної і специфічної імунологічної реактивності тощо. Синдроми місцевого рівня природно класифікувати на пато- і саногенетичні механізми захворювання, що реалізуються і виявляються через маркери типових патологічних процесів, і зумовлені вони вторинними порушеннями функцій органів-мішеней.

Якщо пацієнт має не одну, а кілька хвороб (коморбідність, поліморбідність), клінічний діагноз будують у вигляді так званого комбінованого діагнозу, що включає в свою формулу основну хворобу (робить найбільший внесок у стан пацієнта)

та інші, які впливають на його здоров'я. Їх треба враховувати під час лікарських втручань.

Для випадків, коли складно визначити, яка з хвороб більшою мірою позначається на стані здоров'я пацієнта, вводять поняття конкуруючих хвороб, і порядок включення їх у клінічний діагноз вже не має значення.

Потрібно прагнути до повнішого діагнозу. Однак це не завжди можна досягти, бо діагноз є наслідком діагностичного процесу.

Діагноз, його якість багато в чому залежать від того, наскільки ефективно взаємодіють пацієнт і лікар [5]. Ця взаємодія може сприяти встановленню діагнозу, а може стати і нездоланною перешкодою на шляху до нього, що позначиться й на результатах лікування.

Завжди слід пам'ятати про морально-етичну сторону клінічного діагнозу. Діагностика хвороб, у тому числі їх ускладнених форм, не є самоціллю. Вона становить собою невід'ємну складну ланку діагностико-лікувального процесу, включаючи заходи з оптимізації перебігу, що не відповідають сприятливому варіанту хвороби.

Діагностичний процес поєднується з лікувальним, і на кожному етапі хвороби (із заданою лікарем частотою) потрібні оцінка і корекція лікувальних заходів відповідно до того, наскільки лежать у основі хвороби пато- і саногенетичні процеси, не характерні для сприятливого перебігу її.

Діагноз зазнає змін відповідно до стану здоров'я суб'єкта, за якого він був виставлений.

Будь-які хвороби не є застиглими конструкціями. Гострі, підгострі, хронічні недуги мають фазові характеристики розвитку. На них справляють модифікувальний вплив особливості взаємодії організму з патогенетичними чинниками, діалектика взаємовідносин пато- і саногенетичних механізмів, анатоמו-конституціональні особливості організму пацієнта, спадковість, стан неспецифічної резистентності та імунологічної реактивності, середовищні, сезонні та інші чинники, врешті-решт, терапія.

Діагноз як висновок про стан здоров'я пацієнта повинен відповідати цьому стану здоров'я, і з його змінами він повинен змінюватися, а не залишатися застиглою структурою.

Спостерігаючи за хворим у фазу ремісії хронічних хвороб без втручання у функції організму чи то здійснюючи лікувальний процес при гострих і хронічних хворобах, виявляємо зміни в стані його здоров'я, які повинні обов'язково відобразитися в змінах діагнозу.

Будь-яка зміна виявів хвороби тягне за собою вимогу зміни і власне діагнозу. Отримана при

цьому послідовність діагнозів є чи не найважливішим висновком про розвиток хвороби в часі, ефективність профілактичних або лікувальних заходів. Можна навіть сказати, що послідовність діагнозів сама по собі є діагнозом, у теоретико-множинних термінах — наддіагнозом, що містить інформацію про перебіг хвороби. Структура діагнозу важлива не тільки і не стільки для формалізації логіки лікаря, протоколювання стану пацієнта і, врешті-решт, історії хвороби, вираженої через послідовність діагнозів, скільки в обґрунтуванні вибору, контролю за повнотою і якістю проведеної терапії. Вона повинна співвідноситися із захворюванням або (в термінах структури діагнозу) з усіма елементами структури діагнозу.

Що повніший діагноз, то більше можливостей для лікаря співвіднести обрану ним терапію з хворобою і забезпечити її відповідність останній.

Спостерігаючи за пацієнтом і коректуючи відповідно до змін, що відбуваються в його організмі, діагноз, лікар тим самим ставить перед собою завдання про внесення належних змін до комплексу лікування.

Вивчаючи послідовність діагнозів у конкретного пацієнта (за умови його повноти і внутрішньої несуперечності), ми завжди дістаємо змогу відновити найважливіші закономірності розвитку хвороби і зміни в стані здоров'я пацієнта на весь період їхнього формування.

Найповніша структура клінічного діагнозу може бути представлена в такому вигляді:

- назва захворювання (в термінах Міжнародної класифікації хвороб);
- давність захворювання: для гострих у міру можливості — точна дата і навіть час його початку;
- етіологія (якщо встановлена) і комплекс чинників ризику;
- стадія (фаза) розвитку захворювання: для гострих і підгострих стадій — провісників (якщо є), розвитку, максимальних клінічних виявів і зворотного розвитку, для хронічних — стадії загострення і ремісії (за відсутності безперервного рецидиву перебігу);
- ступінь тяжкості захворювання (легкий, середньотяжкий, тяжкий, край тяжкий);
- основні (організмені і місцеві, що відповідають ділянці ураження) клінічні синдроми;
- ступінь компенсації порушених функцій відповідних органа(ів) або системи (компенсації, субкомпенсації, декомпенсації);
- ускладнення (в порядку значущості, тобто впливу на клінічний перебіг хвороби);
- прогноз для життя, одужання, ступінь збереження та/або втрати працездатності.

Якщо спостерігається не одна, а кілька хвороб, структуру діагнозу послідовно застосовують до кожної з них.

Сформовані в різних розділах клініки традиції дають різні за ступенем повноти приклади формули діагнозу. Від досить досконалого і повного, наприклад, для таких хвороб, як інфаркт міокарда, гостра пневмонія або виразкова хвороба, до редукованого, приміром, як хронічний гепатит.

Молодий практикуючий лікар часто боїться відійти від штампів, сприймаючи приклади, в тому числі не найкращі, за правило. Для одних хвороб він застосовує повну формулу, в разі зустрічі з іншими залишається на рівні нозологічного

діагнозу. Сподіваюся, запропонована структура діагнозу допоможе подолати труднощі на шляху вдосконалення діагностичного, отже, й лікувального процесу.

Я впевнений, що практикуючий лікар розрізняє поняття клінічного діагнозу, номенклатури та класифікації хвороб. Це зовсім різні речі, але нам повсюдно нав'язують думку, буцімто саме номенклатура і класифікація є суттю і структурою діагнозу. Безсумнівно, їх потрібно враховувати в діагнозі, але як складову частину. Бо клінічний діагноз завжди є індивідуальний, й індивідуальність його полягає не в визначенні індивідуальності хвороби, а в оцінці стану здоров'я пацієнта з цією хворобою.

Література

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. — М.: Медгиз, 1950. — Т. 1—2. — 181 с.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. — М.: Медицина, 2001. — 606 с.
3. Давыдовский И.В. Общая патология человека. — М.: Медицина, 1969. — 611 с.
4. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. — М.: Триада X, 1997. — 794 с.
5. Yabluchansky M.I. My Health and Disease Philosophy // The Journal of VN Karazin Kharkiv National University. — 2010. — Issue 20, N 918. — P. 7 — 12.

Н.И. Яблучанский

Клинический диагноз

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Рассматриваются общая методология диагноза, определение диагноза, клинический диагноз, диагноз болезни и диагноз больного; синдромный и нозологический уровни диагноза; вероятный и определенный диагнозы; предварительный диагноз; дифференциальный диагноз, симптомы и синдромы в диагнозе; структура клинического диагноза; комбинированный диагноз.

Ключевые слова: врачебная практика, диагноз болезни, диагноз пациента, клинические симптомы.

M.I. Yabluchanskiy

Clinical diagnosis

V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine

The general methods for the diagnosis have been considered as well as concepts for the diagnosis, clinical diagnosis, diagnosis for a patient; and diagnosis for a disease; syndromic and nosological levels of the diagnosis; probable and definite diagnosis; preliminary diagnosis; differential diagnosis; symptoms and syndromes in the diagnosis; clinical diagnosis structure; combined diagnosis.

Key words: medical practice, diagnosis for a disease, diagnosis for a patient, clinical symptoms.