

# ФОРМУЛИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА В ДИАБЕТОЛОГИИ: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА И ПАТОЛОГОАНАТОМА

В.С. Пронин<sup>1</sup>, М.Г. Павлова<sup>1</sup>, В.А. Варшавский<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра эндокринологии, <sup>2</sup>кафедра патологической анатомии ММА им. И.М. Сеченова

Контакты: Вячеслав Сергеевич Пронин VSPronin@yandex.ru

**Ключевые слова:** диагноз, сахарный диабет, диабетическая микро- и макроангиопатия, диабетическая нейропатия, диабетический кетоацидоз

## Введение

С давних времен люди пытались дать правильное определение болезни, наиболее полно отражающее ее сущность и проявления. Так появилось понятие диагноза (от греч. *diagnosis* — распознавание) — заключения, сделанного на том или ином этапе клинического поиска. Диагноз — категория динамическая, изменяющаяся в процессе обследования больного. Выделяют диагнозы клинический и патологоанатомический, предварительный, этапный и окончательный и т.п.

Согласно определению, приведенному в Большой медицинской энциклопедии, «диагноз — это медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней» [1].

При построении диагноза большинство клиницистов и патологов пользуются нозологическим принципом, т.е. опираются на такие критерии, как этиология, патогенез, характер клинкоморфологических проявлений болезни. Определяющую роль играет использование современных классификаций, утвержденных ВОЗ и международными рабочими группами и соответствующими Международной номенклатуре и классификации болезней.

К сожалению, каждый из нас нередко сталкивается с разночтениями и неточностями при формулировании диагноза у одного и того же пациента, особенно в тех случаях, когда врач имеет дело с отраслями медицины, в которых не является специалистом. Поэтому в настоящей статье авторы попытались остановиться на основных принципах построения диагноза в эндокринологии на примере наиболее распространенного заболевания, встречающегося в практике любого практикующего врача, — сахарного диабета (СД).

## Структура диагноза

Структура клинического и патологоанатомического диагнозов состоит из трех основных категорий: основного заболевания, его осложнений и сопутствующего заболевания (или нескольких заболеваний) [1, 2].

**Основным** считается заболевание, которое само по себе или из-за своих осложнений явилось причиной обращения за медицинской помощью, причиной госпитализации и смерти.

Однако в связи с увеличением за последние годы числа полипатий только в 50% случаев основное заболевание бывает представлено лишь одной нозологической формой (монокаузальный вариант). В остальных ситуациях на основное заболевание претендуют 2 (бикаузальный вариант), 3 и более (мультикаузальный вариант) нозологические формы. Поэтому возникла необходимость использования комбинированного основного заболевания — конкурирующего, сочетанного и фонового.

**Конкурирующими** называют два заболевания, обнаруженных одновременно, каждое из которых в отдельности могло быть причиной смерти. Сочетаясь во времени и обоюдно утяжеляя состояние больного, конкурирующие заболевания в этих случаях ускоряют наступление смерти.

**Сочетанные** — заболевания, каждое из которых не является опасным для жизни, но отягощает течение другого. В совокупности оба патологических процесса приводят к смерти больного.

**Фоновым** считается заболевание, которое сыграло существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания и привело к развитию смертельных осложнений.

**Осложнениями** основного заболевания называют патологические процессы и состояния, патогенетически связанные с основным заболеванием, но формирующие качественно отличные от его главных проявлений клинические синдромы, анатомические и функциональные изменения.

**К сопутствующим** заболеваниям относят все обнаруженные при жизни (или на секции) болезни, а также их последствия, которые не оказывают существенного влияния на течение основного заболевания и не вызывают его осложнений.

Таким образом, рубрика основного заболевания может быть представлена одной нозологической формой, комбинациями конкурирующих заболеваний, сочетанных заболеваний и основного заболевания с фоном.

**Основные схемы структуры диагнозов**

**I. Монокаузальный**

1. Основное заболевание.
2. Осложнение.
3. Сопутствующее заболевание.

**II. Бикаузальный**

1. Комбинированное основное заболевание:
  - а) 2 конкурирующих заболевания;
  - б) 2 сочетанных заболевания;
  - в) основное и фоновое заболевания.
2. Осложнение.
3. Сопутствующее заболевание.

**III. Мультикаузальный**

1. Полипатии:
  - а) семейство болезней (патогенетически связанные заболевания);
  - б) ассоциация болезней (случайное сочетание заболеваний).
2. Осложнения.
3. Сопутствующие заболевания.

**Диагноз в диabetологии**

СД – одно из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний. Представители самых разных специальностей ежедневно сталкиваются с необходимостью постановки диагноза пациентам с нарушениями углеводного обмена. Современная классификация СД принята ВОЗ в 1999 г. (табл. 1) [3, 4].

Несмотря на то что данная классификация используется во всем мире более 8 лет, многие врачи по-прежнему ставят диагноз «инсулинзависимый СД» вместо «СД 1-го типа» или «инсулиннезависимый СД» вместо «СД 2-го типа». Эксперты ВОЗ отказались от подобной формулировки прежде всего потому, что со временем подавляющему большинству пациентов с СД 2-го типа требуется добавление к терапии инсулина в связи с естественным течением заболевания. Таким образом, формально инсулиннезависимый СД переходит в инсулинзависимый. Очевидно, что СД 1-го и 2-го типа – два совершенно

Таблица 1. *Классификация СД (ВОЗ, 1999)*

СД	Характеристика
1-го типа – аутоиммунный – идиопатический	Деструкция β-клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности
2-го типа	С преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или с преимущественным дефектом секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Другие типы	Генетические дефекты функции β-клеток; генетические дефекты в действии инсулина; болезни экзокринной части поджелудочной железы; эндокринопатии; диабет, индуцированный лекарствами или химикатами; инфекции; необычные формы иммуноопосредованного диабета; другие генетические синдромы, сочетающиеся с СД
Гестационный	Возникает во время беременности

но разных заболевания и трансформация одного из них в другое невозможна.

Следует подчеркнуть, что тип диабета необходимо писать не римскими, а арабскими цифрами. Это также рекомендации ВОЗ.

В случае смерти больного при составлении посмертного диагноза СД будет считаться основным заболеванием, если причиной смерти явилась диабетическая кома (кетоацидотическая, гиперосмолярная, лактацидотическая или гипогликемическая), а также гангрена нижней конечности, развившаяся на фоне синдрома диабетической стопы, или терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН) как исход диабетической нефропатии.

Степень тяжести СД определяется согласно наличию и выраженности его осложнений (табл. 2) [4].

При формулировке диагноза СД необходимо определение степени компенсации углеводного обмена (табл. 3) [4].

Достаточно много разночтений и путаницы возникает при описании поздних осложнений СД. Нередко мы сталкиваемся с такой формулировкой, как «диабетическая микро-макроангиопатия», причем разные специалисты понимают под этим совершенно разные патологические процессы. На самом деле, согласно общепринятой классификации, к диабетическим микроангиопатиям относятся диабетическая ретинопатия (табл. 4) и диабетическая нефропатия [3, 4]. Выделяют стадии микроальбуминурии, протеинурии с сохраненной азотовыделительной функцией почек и ХПН.

К диабетическим макроангиопатиям также относят атеросклероз различной локализации, реализуемый в виде ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярных заболеваний и поражения периферических артерий.

Таким образом, под диабетическими микро- и макроангиопатиями понимают конкретные патологические изменения, выявление которых требует

Таблица 2. *Определение степени тяжести СД*

Степень тяжести СД	Характеристика
Легкая	СД 2-го типа на диетотерапии без осложнений
Средняя	СД 1-го и 2-го типа на сахароснижающей терапии без осложнений или при наличии начальных стадий осложнений): — непролиферативная диабетическая ретинопатия; — диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии; — диабетическая полинейропатия
Тяжелая	Лабильное течение СД (частые гипогликемии и/или кетоацидотические состояния); СД 1-го и 2-го типа с тяжелыми сосудистыми осложнениями: — пролиферативная или пролиферативная диабетическая ретинопатия; — диабетическая нефропатия на стадии протеинурии или ХПН; — синдром диабетической стопы; — автономная полинейропатия; — постинфарктный кардиосклероз; — сердечная недостаточность; — состояние после инсульта или преходящего нарушения мозгового кровообращения; — окклюзионное поражение артерий нижних конечностей

Таблица 3. *Критерии компенсации углеводного обмена при СД 1-го и 2-го типа*

Показатель	Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
HbA <sub>1c</sub> , %	< 7,0	7,1—7,5	> 7,5
Самоконтроль глюкозы в капиллярной крови, ммоль/л (мг %)			
натощак	5,0—6,0 (90—109)	6,1—6,5 (110—120)	> 6,5 (> 120)
через 2 ч после еды	7,5—8,0 (136—144)	8,1—9,0 (145—160)	> 9,0 (> 160)
перед сном	6,0—7,0 (110—126)	7,1—7,5 (127—135)	> 7,5 (> 135)

Таблица 4. *Классификация диабетической ретинопатии (формулировка диагноза)*

Стадия диабетической ретинопатии	Характеристика изменений сосудов сетчатки
Непролиферативная	Микроаневризмы, геморрагии, твердые экссудативные очаги. Макулопатия
Препролиферативная	Множественные ретинальные геморрагии, мягкие и твердые экссудативные очаги, неравномерный калибр сосудов, инт-ретинальные микрососудистые аномалии
Прролиферативная	Рост новообразованных сосудов и фиброзной ткани в области диска зрительного нерва, в парацентральных зонах, ретинальные, преретинальные кровоизлияния

проведения специального обследования (осмотр глазного дна, определение суточной протеинурии или микроальбуминурии, ультразвуковое исследование артерий нижних конечностей и т.п.). В противном случае указание в диагнозе микро- или макроангиопатии неправомерно.

Наиболее частым осложнением СД является **диабетическая нейропатия**, диагноз которой формулируется следующим образом [3, 4]:

1. Диабетическая полинейропатия:
  - сенсорная (симметричная);
  - моторная (симметричная);

- сенсорно-моторная (симметричная).

2. Диабетическая мононейропатия (изолированное поражение проводящих путей черепных или спинно-мозговых нервов).

3. Автономная (вегетативная) нейропатия:

- кардиоваскулярная форма;
- гастроинтестинальная форма;
- урогенитальная форма;
- нарушение распознавания гипогликемии.

При наличии у пациента **синдрома диабетической стопы** необходимо определить его форму в соответствии с приведенной ниже классификацией:

1. Нейропатическая форма

синдрома диабетической стопы:  
а) предъязвенные изменения и язва стопы;

б) диабетическая остеоартропатия (стопа Шарко).

2. Нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы.

3. Ишемическая форма синдрома диабетической стопы.

Помимо поздних, выделяют также острые осложнения СД, к которым относятся кетоацидотическое состояние и кетоацидотиче-

ская кома, гиперосмолярная кома, лактацидоз и лактацидотическая кома и гипогликемическая кома [3,4].

Требования к формулировке диагноза при СД [4]:

- СД 1-го (2-го) типа легкого течения (средней тяжести, тяжелого течения) в фазе компенсации (субкомпенсации, декомпенсации) или СД вследствие... (указать причину).

- Диабетическая микроангиопатия:

- ретинопатия (указать стадию на левом глазу (OS), указать стадию на правом глазу (OD); состояние после лазерофотокоагуляции (ЛФК) или оперативного лечения (если было) от ... г.;

- нефропатия (указать стадию).
- Диабетическая нейропатия (указать форму).
- Синдром диабетической стопы (указать форму).
- Диабетическая макроангиопатия:
  - ИБС (указать форму);
  - сердечная недостаточность (указать степень по NYHA);
  - цереброваскулярные заболевания (указать тип и стадию);
  - атеросклероз периферических сосудов (указать тип и стадию);
  - артериальная гипертензия (указать степень);
  - дислипидемия (если есть).
- Ожирение (если есть, указать степень).

Приводим несколько примеров формулировки диагноза больных с СД.

#### Пример 1

**Основное заболевание:** СД 1-го типа тяжелого течения в фазе декомпенсации.

**Осложнения:** диабетическая микроангиопатия: пролиферативная ретинопатия OU, состояние после ЛФК в 2000 г., OD — гемофтальм от 2003 г.; нефропатия на стадии ХПН. Артериальная гипертензия II степени. Диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный тип, сенсорно-моторная симметричная форма. Синдром диабетической стопы, нейропатическая инфицированная форма. Трофическая язва I степени (Wagner) I и II пальцев правой стопы. Автономная нейропатия: кардиоваскулярная, гастроинтестинальная и урогенитальная формы, потеря способности распознавать гипогликемические состояния.

#### Пример 2

**Основное заболевание:** СД 1-го типа тяжелого течения в фазе декомпенсации.

**Осложнения:** диабетическая микроангиопатия: пролиферативная ретинопатия с вовлечением макулы OS, препролиферативная ретинопатия OD; нефропатия на стадии ХПН (терминальная стадия, программный гемодиализ). Состояние после аллотрансплантации почки от 07.01.2003 г. с последующей трансплантатэктомией от 18.01.2003 г. в связи с некрозом мочеточника. Диабетическая макроангиопатия: безболевого ишемия. Артериальная гипертензия III степени. Хроническая артериальная недостаточность IV степени (по Фонтейну). Критическая ишемия левой нижней конечности (стеноз левой поверхностной бедренной артерии — 90% в нижней трети). Синдром диабетической стопы, ишемическая, инфицированная форма. Состояние после экзартикуляции II пальца, головки II плюсневой кости и вскрытия флегмоны тыльной и подошвенной поверхности левой стопы по поводу сухой гангрены от 18.03.2005 г. Трофические язвы II степени (Wagner) апикальной поверхности III пальца и медиальной поверхности I пальца левой стопы. Начальная катаракта OU.

**Сопутствующие заболевания:** хронический вирусный гепатит С; хронический субатрофический эзогастроуденит в фазе обострения; полипозная гиперплазия слизистой оболочки желудка с изъязвлениями.

#### Пример 3

**Основное заболевание:** СД 2-го типа тяжелого течения в фазе декомпенсации.

**Осложнения:** диабетическая микроангиопатия: препролиферативная ретинопатия с вовлечением макулы OD, непролиферативная ретинопатия OS, состояние после ЛФК сетчатки от 08.06.2004 г.; нефропатия на стадии микроальбуминурии. Артериальная гипертензия II степени. Диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный тип, сенсорно-моторная симметричная форма. Синдром диабетической стопы, нейропатическая форма. Диабетическая остеоартропатия (стопа Шарко): острая стадия (правая стопа) и хроническая стадия (левая стопа).

**Сопутствующие заболевания:** хронический пиелонефрит без нарушения азотовыделительной функции почек в фазе обострения; вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия.

#### Пример 4

**Основное заболевание:** СД 2-го типа тяжелого течения в фазе декомпенсации.

**Осложнения:** диабетическая микроангиопатия: препролиферативная ретинопатия OU. Диабетическая макроангиопатия с преимущественным поражением аорты, коронарных и церебральных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в ноябре 2004 г.)

**Фоновое заболевание:** ожирение II степени.

**Сопутствующие заболевания:** мочекаменная болезнь, полипозный синусит.

#### Пример 5

**Основное заболевание:** синдром Иценко—Кушинга: злокачественная кортикостерома левого надпочечника.

**Осложнения:** симптоматическая артериальная гипертензия. Стероидный диабет в фазе компенсации. Генерализованный стероидный остеопороз. Множественные переломы: передних отрезков III и VIII ребер справа, задних отрезков IX ребер с обеих сторон, бокового отдела IX ребра слева в фазе консолидации.

**Сопутствующие заболевания:** киста правой почки; хронический обструктивный бронхит в фазе обострения; онихомикоз I и II пальца правой руки.

#### Пример 6

**Основное комбинированное заболевание:**

1) врожденная дисфункция коры надпочечников, простая вирильная форма;

2) СД 2-го типа средней тяжести в фазе декомпенсации.

**Осложнение:** артериальная гипертензия II степени, очень высокого риска.

**Сопутствующее заболевание:** эритроцитоз неясного генеза.

**Пример 7**

**Основное комбинированное заболевание:**

1) гормонально-неактивное опухолевое образование правого надпочечника;

2) ИБС: безболевая форма ишемии миокарда. Атеросклероз коронарных артерий. Блокада левой ножки пучка Гиса;

3) атеросклероз аорты. Синдром Лериша. Аневризма брюшной аорты. Атеросклероз артерий нижних конечностей. Состояние после стентирования обеих наружных подвздошных артерий от 15.02.2005 г.

**Осложнение:** артериальная гипертензия II степени, очень высокого риска.

**Сопутствующие заболевания:** нарушение гликемии натощак, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии.

**Пример 8**

**Основное комбинированное заболевание:**

1) СД 1-го типа тяжелого течения в фазе декомпенсации;

2) внебольничная пневмония с поражением нижней доли правого легкого.

**Осложнение:** диабетический кетоацидоз.

**Заключение**

В настоящей статье мы остановились только на правилах формулировки диагноза при СД, привели наиболее распространенные ошибки при постановке диагноза и попытались проанализировать их причины. С подобными проблемами сталкиваются представители всех клинических дисциплин, поэтому мы надеемся, что данный материал заинтересует коллег и на страницах журнала «Клиницист» появятся рекомендации по правильной формулировке диагнозов в самых разных отраслях медицины.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни. М., Медицина; 1999.  
2. Заратьянц О.В., Кактурский Л.Ф. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического ди-

агнозов. М., Медицинское информационное агентство; 2008.  
3. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет (Руководство для врачей). М., Универсум Паблишинг; 2003.  
4. Алгоритмы специализированной ме-

дицинской помощи больным сахарным диабетом. Под редакцией И.И. Дедова и М.В. Шестаковой. 2-е изд. М., Медиасфера; 2006.

**Уважаемые читатели!**

Приглашаем вас принять участие в мероприятиях Российского общества онкоурологов (РОУ).

Ознакомиться с более подробной информацией о мероприятиях РОУ и зарегистрироваться для участия вы можете на сайтах: [www.roou.ru](http://www.roou.ru), [www.netoncology.ru](http://www.netoncology.ru).

По вопросам участия в мероприятиях РОУ обращайтесь по тел. +7(495) 645-21-98, e-mail [roou@roou.ru](mailto:roou@roou.ru)

**19 сентября 2008 г.**

**Конференция Российского общества онкоурологов в Южном федеральном округе**

**Место проведения:** Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29, Ростовский государственный медицинский университет.

**Организаторы:** Российское общество онкоурологов, Ростовский государственный медицинский университет.

**Технический организатор** — «АБВ-экспо».

**При участии** Министерства здравоохранения Ростовской области, Ассоциации урологов Дона, Российской школы урологии.

**Предварительная бесплатная регистрация** участников проводится до 19 августа 2008 г.

**После 19 августа 2008 г. регистрационный взнос** — 1000 руб.

**Основные научно-практические проблемы конференции:**

1. Органосохраняющая хирургия почечно-клеточного рака.
2. Местно-распространенный почечно-клеточный рак.

3. Рецидивирующий поверхностный рак мочевого пузыря.

4. Деривация мочи после радикальной цистэктомии.

5. Рак предстательной железы. Стадирование.

6. Выбор лечения рака предстательной железы.

7. Почечно-клеточный рак: от генов к прогнозу результатов лечения.

8. Лекарственное лечение метастатического рака почки.

**2-3 октября 2008 г.**

**III Конгресс Российского общества онкоурологов**

**Место проведения:** Москва, Измайловское шоссе, 71Е, КЗ «Измайлово».

**Организатор:** Российское общество онкоурологов.

**При участии** Европейского общества урологов, Российско-американского альянса по онкологии.

**Технический организатор** — «АБВ-экспо».

**Основная тематика Конгресса будет посвящена следующим вопросам:**

1. Ошибки и сложности в диагностике онкоурологических заболеваний.

2. Лечение местно-распространенного и метастатического рака почки.

3. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря.

4. Спорные вопросы лечения местно-распространенного и метастатического рака предстательной железы.

5. Паллиативное лечение онкоурологических больных.

**Предварительная бесплатная регистрация** участников проводится до 1 сентября 2008 г.

**После 1 сентября 2008 г. регистрационный взнос** — 1500 руб.

**Прием тезисов по e-mail:**

[tezis@roou.ru](mailto:tezis@roou.ru) до 25 августа 2008 г.

**Требования к оформлению тезисов:**

не более 2 печатных страниц, шрифт Times 12, интервал 1,5.

Тезисы для публикации принимаются по всем онкоурологическим нозологиям. Авторы лучших тезисов будут награждены.

**Для бронирования номеров в гостиницах «Измайлово» обращайтесь по тел.:** 8(495) 737-79-27, 8(495) 956-06-73.

**При бронировании сообщайте об участии в III Конгрессе РОУ.**