

al population, effect on plasma lipid levels, and risk of ischemic heart disease. *Circulation* 1997; 96: 1737–44.

40. Davidenkova EF, Lieberman IS, Stroev Jul, et al. Indicators of lipid metabolism and peroxidation of blood lipids in men, taking into account the hereditary predisposition to atherosclerotic vascular pathology. *Cardiology* 1991; 31: 41–5. Russian (Давиденкова Е. Ф., Либберман И. С., Строев Ю. И. и др. Показатели липидного обмена и перекисного окисления липидов крови у мужчин с учетом наследственной предрасположенности к атеросклеротической сосудистой патологии. *Кардиология* 1991; 31: 41–5).

41. Denisova TP. Atherosclerosis and diabetes mellitus. *Saratov: Slovo*, 1998: 128 p. Russian (Денисова Т. П. Атеросклероз и сахарный диабет. Саратов: Слово, 1998; 128 с.).

42. Pickup JC, Mattock MB, Chusney GD, Burt D. NIDDM as a disease of the innate immune system: association of acute-phase reactants and interleukin-6 with metabolic syndrome X. *Diabetologia* 1997; 40: 1286–92.

43. Sobenin IA, Zhelankin AV, Sinyov VV, et al. Mitochondrial Aging: Focus on Mitochondrial DNA Damage in Atherosclerosis: A Mini-Review. *Gerontology* 2015; 61: 343–9.

44. McCully KS. Homocysteine Metabolism, Atherosclerosis, and Diseases of Aging. *Comprehensive Physiology* 2015; 6: 471–505.

45. Kurabayashi M, Yazaki Y. Molecular biology of heart disease. Synopsis of the pathophysiological basis of cardiac hypertrophy, familial hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome and Marfan syndrome. *Intern Med* 1996; 35: 243–8.

УДК 616–071:369.06 (045)

Авторское мнение

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ В УСЛОВИЯХ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Т. П. Денисова — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии и гериатрии ИДПО, профессор, доктор медицинских наук; **Т. Е. Липатова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии и гериатрии ИДПО, профессор, доктор медицинский наук; **Л. И. Малинова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии и гериатрии ИДПО, доктор медицинских наук; **Л. А. Тюльтяева** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии и геронтологии ИДПО, доктор медицинских наук; **Е. П. Ковалев** — ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», главный врач; **Л. Н. Алипова** — ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», зам. главного врача по лечебной работе; **О. Г. Вахлюева** — ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», зам. главного врача по клиничко-экспертной работе.

CLINICAL DIAGNOSIS IN TERMS OF INSURANCE MEDICINE

T. P. Denisova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy and Gerontology, Professor, Doctor of Medical Science; **T. E. Lipatova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of the Department of Therapy and Gerontology, Professor, Doctor of Medical Science; **L. I. Malinova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy and Gerontology, Professor, Doctor of Medical Science; **L. A. Tyulytyaeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Therapy and Gerontology, Doctor of Medical Sciences; **E. P. Kovalev** — Head Physician of the Saratov Regional Clinical Hospital for Veterans of Wars; **L. N. Alipova** — Saratov Regional Clinical Hospital for Veterans of Wars, Chief Deputy; **O. G. Vakhlyueva** — Saratov Regional Clinical Hospital for Veterans of Wars, Deputy Chief Physician for Clinical Expertise.

Дата поступления — 10.05.2018 г.

Дата принятия в печать — 24.05.2018 г.

Денисова Т. П., Липатова Т. Е., Малинова Л. И., Тюльтяева Л. А., Ковалев Е. П., Алипова Л. Н., Вахлюева О. Г. Клинический диагноз в условиях страховой медицины. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2018; 14 (2): 327–330.

Работая в условиях страховой медицины, лечебные учреждения сталкиваются с тем, что страховые компании не всегда обоснованно вмешиваются в структуру диагноза, диагностический процесс и нарушают суть понятий клинических классификаций и статистического кодирования диагнозов, предусмотренного МКБ-10. Подобная ситуация в конечном итоге вредит больному и обществу, затрудняет как контроль за адекватностью проводимых лечебных мероприятий, так и защиту прав пациента на получение квалифицированной медицинской помощи и защиту прав врача.

Ключевые слова: диагноз, виды диагноза, построение диагноза, страховая медицина.

Denisova TP, Lipatova TE, Malinova LI, Tyulytyaeva LA, Kovalev EP, Alipova LN, Vakhlyueva OG. Clinical diagnosis in terms of insurance medicine. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2018; 14 (2): 327–330.

Medical institutions in the conditions of insurance medicine are faced with not always justified interference of insurance companies in the structure of diagnosis and diagnostic process, whose violate the essence of the concepts of clinical classifications and statistical coding of diagnoses provided by ICD-10. Such a situation ultimately harms the patient and society, makes it difficult both to monitor the adequacy of the ongoing treatment activities, and to protect the patient's rights to receive qualified medical care and doctor's rights.

Key words: diagnosis, diagnostic nomenclature, clinical classifications, insurance medicine.

Введение. Термин «диагноз» имеет тысячелетнюю историю. Однако до настоящего времени построение врачебного заключения вызывает неоднозначные оценки и суждения. Особую остроту эта проблема приобрела с внедрением в клиническую практику страховой медицины. Поставив суть

диагностической работы под прицел коммерческих амбиций, «эксперты» страховых компаний далеко не всегда обоснованно вмешиваются в структуру клинического диагноза, тем самым и в собственно диагностический процесс, нарушают суть понятий клинических классификаций и статистического кодирования диагнозов, предусмотренного МКБ-10. Подобная ситуация в конечном итоге вредит больному и обществу, затрудняет как контроль за адек-

Ответственный автор — Денисова Татьяна Петровна
Тел.: +7 (903) 3285911
E-mail: t.p.denisova@gmail.com

ватностью проводимых лечебных мероприятий, так и защиту прав пациента на получение квалифицированной медицинской помощи и защиту прав врача при жалобах со стороны родственников и разборах в судебном порядке.

Клинический диагноз является стержнем всей медицинской документации, но в первую очередь историй болезни и амбулаторных карт, служащих базой для принятия врачебных решений. Формулировка диагноза отражает диагностический процесс во всей его полноте и сложности. Место нозологии в структуре клинического диагноза определяется индивидуальными особенностями патогенеза и тем самым указывает на наличие и значимость рисков (осложнений, летального исхода), отражает прогноз для жизни и выздоровления пациента. Многогранная смысловая нагрузка клинического диагноза иллюстрирует квалификационное лицо врача, не только выявившего у больного наличие заболевания, но и грамотно расставившего приоритеты.

В связи с этим клинический диагноз не может быть только перечнем выявленных у больного нозологических единиц, осложнений, симптомов. Грамотно сформулированный диагноз является основой клиничко-экспертного заключения, определения эффективности терапии и адекватных имеющейся патологии методов реабилитации.

В сложившихся условиях отечественного здравоохранения для оптимизации содержательной и плодотворной работы лечебных учреждений и страховых компаний нами проанализированы причины разночтений формулировок и структур клинических диагнозов, составленных лечащими врачами и экспертами страховых компаний, приводящие к штрафным санкциям.

Клинический диагноз в условиях страховой медицины: существо проблемы. Проанализированы протоколы выявления экспертами страховых компаний дефектов в историях болезней крупных лечебных учреждений за последние два года. Основным камнем преткновения является структура диагноза, вмешательство в определение основного заболевания, его кодировку, проводимую патогенетическую терапию, ее рациональность и своеобразие в условиях полиморбидности.

Формулировка клинического диагноза: методический подход, регламенты и реальная клиническая практика. Анализ принципов формирования медицинского диагноза требует ясности в понимании самого термина (лат. *diagnosis* — «распознавание»). В современном врачевании под диагнозом понимают заключение о сущности болезни и состоянии пациента, основанное на современных клинических классификациях и всестороннем систематическом изучении пациента [1, 2].

Таким образом, под диагнозом понимается врачебное заключение о состоянии здоровья пациента, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, сформулированное в соответствии с действующими регламентирующими документами при помощи терминологии действующих клинических классификаций. В формулировке диагноза используются термины действующих стандартов и классификаций болезней. Диагнозом могут быть не только заболевания, но и некоторые физиологические состояния организма, например беременность, а также заключение об эпидемическом очаге [3].

Наблюдение за больным во времени и изменение состояния больного в процессе лечения позволяют

выделять несколько клинических заключений, обозначаемых как предварительный, этапный и заключительный диагноз [4].

Грамотно составленный клинический диагноз выполняет несколько функций: определяет этиотропное, патогенетически обоснованное лечение пациента; адекватную медицинскую реабилитацию; проведение экспертизы дееспособности для решения судебных проблем; изучение частоты отдельных форм патологии и смертности; рациональное использование денежных средств и правовое обеспечение здравоохранения [5].

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы статичны. В патологоанатомическом диагнозе используется информация о морфологических органных и тканевых изменениях, выявленных на аутопсии. Поэтому патологоанатомический диагноз, будучи по сути клиничко-морфологическим, в то же время является более полным и точным, устанавливает сущность патологических процессов, определяет причины и механизм смерти больного.

В основе построения патологоанатомического и клинического диагнозов лежат нозологичность, интранозологичность, этиологичность и патогенетичность. В соответствии с этим выделяют нозологии — структурно-функциональные повреждения организма, имеющие определенную этиологию, патогенез, типичную клиническую симптоматику. С течением времени отдельные патологические состояния, на протяжении многих лет считавшиеся осложнениями, такие как кровоизлияние в головной мозг при артериальной гипертензии, тромбоэмболия легочной артерии при тромбозе периферических вен, инфаркт миокарда при атеротромбозе коронарных артерий, приобрели нозологическую самостоятельность [6].

В дополнение к нозологии указываются клиничко-анатомическая форма, тип течения, степень активности, стадия, функциональные нарушения. Нередко сложности и споры возникают при трактовке диагноза ишемической болезни сердца в случае ее нескольких форм с разной степенью тяжести. Особую клиническую значимость имеют выявление и доказательство патогенетической роли этиологии в развитии данного заболевания. Так, верификация грибковой природы сепсиса принципиально меняет лечение больного.

В настоящее время клинические все чаще сталкиваются с полиморбидностью, что вызывает сложность в трактовке роли отдельных форм патологии в определении тяжести состояния больного, его прогнозе для трудоспособности и жизни [7].

Наиболее значимое в определении тяжести состояния больного заболевание, приведшее больного в стационар или к смерти, считается основным. В качестве основного заболевания должна фигурировать только определенная нозологическая единица. Нельзя слепо ориентироваться на МКБ, так как она не номенклатура болезней, а статистическое кодирование нозологий, синдромов, выполненное с учетом единой международной терминологии. Уместно вспомнить, что Всемирной организацией здравоохранения при определении сфер применимости МКБ на первое место поставлены нужды статистического учета и рационального планирования: «МКБ... используется как диагностический инструмент для эпидемиологии, организации здравоохранения и клинических целей» (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).

В большинстве случаев основное заболевание бывает одно. Однако в условиях полиморбидности возможно наличие нескольких заболеваний, равно угрожающих жизни и здоровью пациента (например, острый инфаркт миокарда и пневмония: подобная ситуация обозначается как комбинированное основное заболевание). Комбинированное основное заболевание может состоять из конкурирующих болезней, когда они появляются и развиваются независимо друг от друга (инфаркт миокарда и язвенная болезнь желудка), либо из сочетанных заболеваний, или имеющих общую этиологию, или взаимно влияющих друг на друга в процессе своего развития (артериальная гипертензия и атеросклероз) [7].

Клиническая характеристика диагноза требует уточнять функциональное состояние органов и систем, выделяя сердечную недостаточность, дыхательную недостаточность, почечную и/или печеночную недостаточность, с указанием степени тяжести, стадии формирования, при возможности — функционального класса, а также определять степень активности заболевания, степень тяжести патологического процесса (легкая, средняя, тяжелая), фазу заболевания (фаза обострения или ремиссии).

Клинически значимое проявление заболевания, которое нередко имеет самостоятельный клинический контур и требует дополнительной терапии, существенно утяжеляет течение болезни, или состояние больного называется осложнением.

В некоторых случаях осложнение приобретает статус самостоятельного заболевания, обозначаемого в МКБ-10 как нозологическая форма. Так, сепсис, являясь генерализацией местного воспалительного процесса, в диагнозе традиционно занимает место основного заболевания. Осложнение может оказаться на первом месте в диагнозе и при разрешившемся основном заболевании (хронический абсцесс легкого как следствие разрешившейся острой пневмонии).

Традиционно в диагнозе выделяется сопутствующая патология. Под сопутствующей патологией понимают заболевание, которое в настоящее время не имеет клинического звучания и не представляет непосредственной угрозы для жизни пациента.

Важными в диагнозе являются и так называемые фоновые заболевания. Это заболевания в данный момент не тяжелые, но ускоряющие возникновение другого патологического процесса либо утяжеляющие течение уже существующего. Яркими примерами могут служить сахарный диабет для гнойно-воспалительных процессов, иммунодефициты при инфекциях мочевыводящих путей.

К основным вариантам структуры клинического и патологоанатомического диагнозов Автандилов Г.Г. (1998) относит монокаузальный, бикаузальный, мультикаузальный. В первом случае указывается основное заболевание (первоначальная причина смерти), затем осложнения, включая смертельное осложнение — непосредственную причину смерти. И в заключении — сопутствующие заболевания. Бикаузальный диагноз предусматривает комбинированное основное заболевание в виде двух конкурирующих или двух сочетанных заболеваний либо основное и фоновое заболевания, осложнения (включая смертельное осложнение — непосредственную причину смерти) и, наконец, сопутствующие заболевания [8].

Форма изложения обнаруженных врачом заболеваний в медицинской документации играет не менее важную роль, чем их последовательность. Безусловным правилом следует признать использование

строго унифицированных терминов (нозологических форм). Классификатором основных общепринятых терминов, используемых в диагнозе, является Международная классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ). Однако прямое применение этого статистического классификатора в клинических целях невозможно, так как МКБ-10 имеет универсальное, прежде всего статистическое предназначение [1, 3].

Одним из важных условий для проведения адекватной и правильной экспертной оценки диагнозов следует считать общность понимания терминов и критериев, унифицированных и строго объективизированных принципов анализа, единой клинической подготовки лечебного и экспертного звеньев лечебного процесса, только с этих позиций можно получить однозначные достоверные данные качества лечебной помощи и ее организации [2].

Заключительный диагноз, вынесенный налицевую сторону истории болезни, должен быть сформулирован строго по клиническим классификациям с учетом кодирования заболеваний в соответствии со статистической МКБ и иметь рубрику: основное заболевание (простое или комбинированное), осложнения, сопутствующие заболевания и их осложнения [9].

Приведенные принципы построения медицинского диагноза не только позволяют правильно построить план лечения пациента в клинической практике, но и служат едиными критериями оценки деятельности врача при экспертном анализе случаев заболевания или смерти больных.

Наиболее часто расхождения лечащих врачей и экспертов страховых компаний касаются определения основного заболевания, его структуры, места в диагнозе осложнений и фоновых заболеваний, а также связаны с требованием экспертов использовать кодировки заболеваний вместо клинических классификаций [5].

По определению С. С. Вайля, «правильным клиническим диагнозом следует считать такой, за которым следуют целесообразные направления и полные, при данных обстоятельствах, лечебные и профилактические мероприятия, поэтому необходим диагноз своевременный (ранний) и полный (развернутый), логически верный, нозологический, этиологический и патогенетический» [10].

Заключение. Содружественная работа лечебных учреждений и страховых компаний должна быть направлена на повышение качества медицинской помощи, сохранение и преумножение профессионального потенциала врачей. Существующая практика свидетельствует об обратном. Врачи вынуждены следовать требованиям страховых компаний, не всегда ставящих интересы пациента на первое место.

Необходимыми представляются разработка и внедрение системы комплексных мероприятий, направленных на оздоровление взаимодействия лечебных учреждений и страховых компаний. Одним из первых, безусловно, является критериальный отбор экспертов страховых компаний, учитывающий как врачебную специализацию кандидата, так и его личный лечебный опыт. Экспертиза качества оказания медицинской помощи не может базироваться на априорном знании и сводиться к формальному «чек-листу», каким бы исчерпывающим он ни казался.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: написание статьи — Т.П. Денисова, Т.Е. Липатова, Л.И. Малинова, Л.А. Тюль-

тяева, Е. П. Ковалев, Л. Н. Алипова, О. Г. Вахлюева; утверждение рукописи для публикации — Т. Е. Липатова, Т. П. Денисова.

References (Литература)

1. Zayratyants OV, Kakturskiy LV. Formulation and comparison of clinical and pathoanatomical diagnoses: Directory. 2nd ed. Moscow: MIA, 2011; 576 p. Russian (Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник. 2-е изд. М.: Мед. информ. агентство, 2011; 576 с.).
2. Ivashkin VT, Drapkina OM. Clinical diagnosis. Moscow: Litterra, 2011; 223 p. Russian (Ивашкин ВТ, Драпкина ОМ. Клинический диагноз. М.: Литтерра, 2011; 223 с.).
3. Zayratyants OV, Kakturskiy LV. Main rules of the formulation of clinical and pathoanatomical diagnoses according to requirements ICD-10. Clinical and experimental morphology 2012; 1: 54–9. Russian (Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Основные правила формулировки клинических и патологоанатомических диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. Клиническая и экспериментальная морфология 2012; 1: 54–9).
4. Makushkin EV, Tkachenko AA. Diagnosis and its structure: clinical, expert, legal and social constructs. Forensic psychiatric diagnostics. Moscow: National Medical Research Center of Psychiatry and Addiction n.a. V.P. Serbskiy, 2017; p. 13–33. Russian (Макушкин Е. В., Ткаченко А. А. Диагноз и его структура: клинические, экспертные, правовые и социальные конструкты. Судебно-психиатрическая диагностика. М.: Нац. мед. исслед. центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, 2017; с. 13–33).
5. Sychugov GV, Divisenko AS, Shiman IN. Scientific approaches to specification of the wrong formulation of the final clinical diagnosis. Herald of North-Western State Medical University n.a. I. I. Mechnikov 2016; 8: 117–22. Russian (Сычугов, Г. В., Дивисенко А. С., Шиман И. Н. Анализ неправильной формулировки заключительного клинического диагноза. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова 2016; 8: 117–22).
6. Puzin SN, Shurgaya MA, Memetov SS, et al. Principles of forming a medical opinion: Clinical diagnosis. Medico-social examination and rehabilitation 2017; 20 (1): 46–49. Russian (Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов, С. С. и др. Принципы формирования врачебного заключения: Клинический диагноз. Медико-социальная экспертиза и реабилитация 2017; 20(1): 46–49).
7. Vortkin AL, Petrik EA, Aristarkhova OYu. Polymorbidity is the cause of diagnostic errors and the discrepancy between the clinical and morphological diagnosis. The doctor of first aid 2012; (4): 063–6. Russian (Вёрткин А. Л., Петрик Е. А., Аристархова О. Ю. Полиморбидность — причина диагностических ошибок и расхождения клинического и морфологического диагноза. Врач скорой помощи 2012; (4): 063–6).
8. Avtandilov GG. Fundamentals of pathoanatomical practice: Guidelines. 2nd ed. Moscow: RMAPO, 1998. Russian (Автандилов Г. Г. Основы патологоанатомической практики: руководство. 2-е изд. М.: РМАПО, 1998).
9. On the peculiarities of the coding of some diseases of the IX class of ICD-10: Letter №14–9/10/2–4150 of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of April 26, 2011. Moscow, 2011. Russian (Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10: письмо Минздрава России от 26.04.2011 г. №14–9/10/2–4150. М., 2011).
10. Vaile SS. Modern tasks and methods of teamwork of the pathologist with a clinician. Clinical medicine 1970; (8): 37–41. Russian (Вайль С. С. Современные задачи и методы совместной работы патологоанатома с клиницистом. Клиническая медицина 1970; (8): 37–41).

УДК 614.2:612.67:355.392 (470.44) (045)

Авторское мнение

ЗДОРОВОЕ СТАРЕНИЕ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ВETERANOV ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ В РЕГИОНЕ

Т. П. Денисова — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии и гериатрии ИДПО, профессор, доктор медицинский наук; **Т. Е. Липатова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии и гериатрии ИДПО, профессор, доктор медицинский наук; **В. А. Шульдяков** — Министерство здравоохранения Саратовской области, министр, кандидат медицинских наук; **Е. П. Ковалев** — ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», главный врач; **Л. Н. Алипова** — ГУЗ «Саратовский областной клинический госпиталь для ветеранов войн», зам. главного врача по лечебной работе.

HEALTHY AGEING AND REGIONAL HEALTH CARE SYSTEM OF THE GREAT PATRIOTIC WAR VETERANS

T. P. Denisova — Saratov State Medical University, Department Therapy and Gerontology, Professor, Doctor of Medical Science; **T. E. Lipatova** — Saratov State Medical University, Head of the Department Therapy and Gerontology, Professor, Doctor of Medical Science; **V. A. Shuldyakov** — Ministry of Health of the Saratov Region, Minister, Candidate of Medical Science; **E. P. Kovalev** — Saratov Regional Clinical Hospital for Veterans of Wars, Chief Hospital Administrator; **L. N. Alipova** — Saratov Regional Clinical Hospital for Veterans of Wars, Chief Medical Officer.

Дата поступления — 10.05.2018 г.

Дата принятия в печать — 24.05.2018 г.

Денисова Т. П., Липатова Т. Е., Шульдяков В. А., Ковалев Е. П., Алипова Л. Н. Здоровое старение и охрана здоровья ветеранов Великой Отечественной войны в регионе. Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (2): 330–334.

Понятие «здоровое старение» определяется сохранностью и полной функциональной способностью, обеспечивающей благополучие в пожилом и старческом возрасте, объединяя в себе все компоненты существования и жизни, имеющие ценность в глазах людей. Достижение здорового старения требует влияния многоступенчатых и многосторонних процессов биологического, социального, экономического, культурного и экологического профиля на население. В статье обобщен опыт формирования компетенций в сфере реализации здорового старения на примере Саратовского областного госпиталя для ветеранов войн. Приведена научно-доказательная база формирования здорового старения населения с учетом результатов обследования ветеранов Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: здоровое старение, охрана здоровья населения, гериатрия.