

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
2-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**В. И. БОБРОВНИЧИЙ**

# **ФОРМУЛИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 02 «Педиатрия»



Минск БГМУ 2019

УДК 616.2-053.20-071(075.8)  
ББК 57.33я73  
Б72

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. Д. Чижевская; канд. мед. наук, доц. каф. патологической анатомии Белорусского государственного медицинского университета А. М. Неровня

**Бобровничай, В. И.**  
Б72      **Формулирование клинического диагноза при болезнях органов дыхания у детей : учебно-методическое пособие / В. И. Бобровничай. – Минск : БГМУ, 2019. – 46 с.**

ISBN 978-985-21-0258-2.

Представлена клиническая классификация неспецифических болезней легких у детей, приведены правила и примеры формулирования клинического диагноза при болезнях органов дыхания в педиатрической практике.

Предназначено для студентов 4-го и 6-го курсов педиатрического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей-педиатров, пульмонологов.

УДК 616.2-053.20-071(075.8)  
ББК 57.33я73

ISBN 978-985-21-0258-2

© Бобровничай В. И., 2019  
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Темы занятий:** изложенный материал рассматривается согласно учебной программе для специальности 1-79 01 02 «Педиатрия» в рамках тем «Бронхиты», «Острые пневмонии у детей раннего возраста», «Острые пневмонии у детей старшего возраста», «Осложненные пневмонии», «Бронхоэктатическая болезнь», «Бронхиальная астма» для студентов 4-го курса и цикла «Пульмонология» для студентов 6-го курса.

Болезни органов дыхания среди детского населения — наиболее частая причина обращения за медицинской помощью. Конечным результатом диагностического процесса является постановка медицинского диагноза.

Вид медицинского диагноза — клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский, санитарно-эпидемический — определяется его функциями.

Выполнение задач, функций медицинского диагноза возможно при унификации и точном соблюдении правил его формулирования.

**Цель занятий:** научиться формулировать клинический диагноз при болезнях органов дыхания у детей.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: СТРУКТУРА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ

**Клинический диагноз** (от греч. diagnosis — распознавание) — это выраженное в терминах, предусмотренных классификациями и номенклатурой болезней, формализованное заключение о состоянии здоровья пациента. Иными словами, диагноз — это формула записи конечного результата врачебной диагностики.

Диагностика включает три основных этапа: сбор и хранение информации о пациенте, анализ собранной информации, установление диагноза.

Сбор информации о пациенте проводится поэтапно: 1-й этап — первоначальное обследование (сбор жалоб, anamnesis morbi и anamnesis vitae, анализ имеющейся медицинской документации, физикальное обследование); 2-й этап — лабораторные и инструментальные клинические исследования, включая специальные методы и консультации специалистов; 3-й этап — последовательные и повторные исследования в процессе клинического наблюдения и лечения пациента. В зависимости от этапа различают разновидности диагноза: предварительный, развернутый клинический, заключительный клинический.

За первоначальным обследованием (1-й этап) следует *предварительный диагноз*. На 2-м этапе формулируется *развернутый клинический*

*диагноз*, обоснованный всеми необходимыми и доступными методами исследования. Он должен быть установлен в течение первых трех дней обследования и вынесен на титульный лист с указанием даты его установки и за подписью врача, установившего диагноз. Дата установки клинического диагноза и дата его обоснования в истории болезни должны совпадать. Если диагноз не вызывает сомнения уже при первичном обследовании (особенно в случаях частой госпитализации пациента в данное отделение), то его можно обосновать и сформулировать в день поступления пациента в стационар.

Развернутый клинический диагноз по ходу наблюдения, обследования и лечения пациента может меняться с учетом динамики патологического процесса (смена фаз, стадий, степень компенсации, смена нозологий), присоединения осложнений, интеркуррентных заболеваний, а также благоприятных и неблагоприятных следствий лечения и реабилитации (включая ятрогению). В конце 3-го этапа, в момент выписки устанавливается *заключительный клинический диагноз*, отражаемый в выписном эпикризе.

Клинический диагноз направлен на решение ряда функциональных задач:

- преимущественное лечение и профилактика;
- своевременное проведение противоэпидемических мероприятий;
- медицинская реабилитация;
- медицинское прогнозирование;
- экспертиза трудоспособности;
- профессиональный отбор и врачебный контроль в спорте;
- экспертиза годности к военной службе, юридической дееспособности;
- статистический учет заболеваемости и смертности;
- обучение клиническому мышлению и его совершенствование;
- научный анализ вопросов клиники, диагностики, терапии и патоморфоза болезней;
- экспертная оценка стандарта качества лечения.

Решение задач клинического диагноза возможно при соблюдении 9 основных принципов формулирования медицинского диагноза, предложенных А. М. Лифшицем и М. Ю. Ахмеджановым в 1980 г.

*1. Нозологический принцип.* Нозологическая единица — это структурно-функциональное повреждение (болезнь), имеющее определенную этиологию и патогенез или характерную клинико-анатомическую картину, создающее угрозу трудоспособности и жизни, требующее лечения и выделения в статистическую рубрику. Вместе с тем, в МКБ статус нозологической единицы имеют не только болезни, но и синдромы, симптомы

и «другие состояния», что противоречит нозологическому принципу, принятому в отечественной медицине.

2. *Соответствие МКБ.* Эта классификация статистическая и предназначена для обеспечения нужд статистики. Ее целью является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о заболеваемости и смертности, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды (по трех- или четырехзначным рубрикам), которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

3. *Интранозологическая дополнительная характеристика болезни.* Этот принцип работает преимущественно в рубрике «основное заболевание». Он позволяет более полно охарактеризовать сущность болезни конкретного пациента и нередко может иметь принципиальное значение для оценки его состояния. Эта характеристика содержит такие свойства болезни, как клинико-анатомическая форма, степень активности, стадии, тип течения, класс функционального нарушения. Для раскрытия интранозологической особенности болезни используются общепризнанные международные и отечественные клинические классификации.

4. *Патогенетический принцип.* Он призван формулировать в диагнозе осложнения основного заболевания. Согласно нему построение формулы диагноза должно учитывать причинно-следственные связи, которые возникают по ходу развертывания клинических проявлений болезней или осложнений.

5. *Структурность с унифицированными рубриками.* В структуре диагноза выделяют рубрики (категории):

- Основное заболевание.
- Осложнения основного заболевания.
- Сопутствующие болезни.

6. *Фактическая и логическая обоснованность и достоверность.* Выявление болезни и ее осложнений базируется на результатах объективных клинических и параклинических исследований. Этот принцип не допускает записей в диагнозе в виде знака вопроса, фраз «не исключается», «подозрение на ...», «вероятно» и т. п.

7. *Своевременность и динамизм.* Диагноз должен быть своевременным и поставленным в предельно короткий срок.

8. *Соответствие медицинской деонтологии,* включая неразглашение диагноза (тайна диагноза).

9. *Индивидуально-личностная характеристика* — тип эмоционально-психологической реакции на болезнь.

Первые шесть принципов формулирования медицинского диагноза обладают формообразующими функциями.

**Структура клинического диагноза.** Клинический диагноз, как и другие виды медицинского диагноза, имеет категории (рубрики): основное заболевание; осложнения основного заболевания; сопутствующие болезни. Эта формула остается неизменной для всех разновидностей клинического диагноза (предварительного, развернутого, заключительного).

Предварительный клинический диагноз в зависимости от степени обоснованности может быть *симптоматическим, синдромным* или *нозологическим*. В формулировании развернутого клинического диагноза приоритетным является нозологический принцип. Если обнаруженная у пациента патология не имеет нозологической определенности, диагноз может быть синдромным. Заключительный клинический диагноз формулируется на основе: 1) нозологического принципа; 2) в соответствии с требованиями МКБ–10 с обозначением в скобках шифровки по трех- или четырехзначным рубрикам; 3) нормативных документов МЗ Республики Беларусь.

В зависимости от количества болезней в основном заболевании выделяют *варианты* его формирования:

- монокаузальный (одна болезнь в основном заболевании);
- бикаузальный (двупричинный, т. е. две болезни в основном заболевании);
- мультикаузальный (многопричинный, или более двух болезней в основном заболевании).

В табл. 1 представлены варианты взаимодействия болезней в основном заболевании.

Таблица 1

**Основные схемы структуры клинического и патологоанатомического диагнозов (Г. Г. Автандилов)**

Монокаузальный	Бикаузальный	Мультикаузальный
Основное заболевание (первоначальная причина смерти)	Комбинированное основное заболевание: а) две конкурирующие болезни; б) две сочетанные болезни; в) основная и фоновая болезнь	Полипатии: а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний (семейство болезней); б) случайные сочетания нескольких болезней (ассоциация болезней)
Осложнения (включая смертельное осложнение — непосредственную причину смерти)		
Сопутствующие заболевания		

Бикаузальный и мультикаузальный варианты диагноза применяются только при полном исключении возможности оформления диагноза по основному, монокаузальному варианту. Автандилов Г. Г. и соавторы (2004)

писали: «Диагноз полипатии на практике трансформируется главным образом в монокаузальную схему, реже — в бикаузальную».

В случаях, когда основное заболевание представлено несколькими нозологическими единицами, при оформлении заключительного клинического диагноза первую рубрику обозначают как «Комбинированное основное заболевание». Далее указывают: конкурирующие болезни или сочетанные болезни, или основная болезнь и после нее фоновая болезнь, перечисляют каждую из них с красной строки под номерами — 1, 2 и т. д., шифруют по трех- или четырехзначным рубрикам.

В рубрике «Осложнение основного заболевания» перечисляются патологические процессы и клинические проявления патологических состояний, имеющие только патогенетическую связь с основным заболеванием.

В рубрике «Сопутствующие болезни» перечисляются, как правило, хронические заболевания в стадии ремиссии.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Интенсивная терапия, реанимационные мероприятия и их осложнения указываются с красной строки отдельным абзацем после осложнений и до сопутствующих заболеваний.

Отдельной строкой после перечня сопутствующих болезней записывают «Последствия реанимации».

**Основное заболевание.** Основное заболевание — болезнь, имеющая в данное время наиболее выраженные клинические проявления, которая сама или вследствие осложнений составляет угрозу здоровью, трудоспособности или жизни пациента, требует первоочередной медицинской помощи.

Для этапных клинических диагнозов основным является то заболевание, которое явилось причиной обращения за медицинской помощью, госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий, привело к инвалидности или смерти пациента. В заключительном клиническом диагнозе основным заболеванием является то, которое было диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом проводились лечебно-диагностические мероприятия, на которое пришлась наибольшая часть использованных ресурсов, которое соответствовало профилю медицинского учреждения или его отделения. Нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но которые не оказали влияния на текущий эпизод, не явились причиной смерти, не могут быть основным заболеванием.

Основное заболевание может быть представлено одной или несколькими болезнями (нозологическими единицами). В случае наличия в

нем двух нозологических единиц основное заболевание называется *комбинированным* — включающим или конкурирующие, или сочетанные, или основную и фоновую болезни.

*Конкурирующими* называют две болезни, которые имеются одновременно у определенного пациента, независимые друг от друга по этиологии и патогенезу, но каждая, взятая в отдельности, создает угрозу жизни пациента или может закончиться смертью. По клиническим проявлениям конкурирующие болезни всегда тяжелые, и их конкуренция проявляется, как правило, в развитии одинаковых осложнений. Комбинация этих болезней резко утяжеляет состояние пациента, способствует ускорению летального исхода. Конкурировать могут как обострившиеся хронические, так и остро начавшиеся инфекционные болезни, а иногда и ятрогенные осложнения с приобретенным статусом болезни.

*Сочетанными* считают две и более болезни, имеющие признаки основного заболевания, каждая из которых, взятая в отдельности, не создает угрозы жизни, но в совокупности они способствуют утяжелению заболевания, инвалидности, летальному исходу вследствие суммирования структурно-функциональных повреждений, невозможности применения эффективных методов лечения (противопоказанных в связи с одной из этих болезней). Важно подчеркнуть, что речь идет о патологических состояниях, одновременно возникших у пациента, а не последовательно. Пример сочетанных болезней — ситуация, когда ребенок упал с дерева и сломал бедренную кость. Он был госпитализирован, произведен остеосинтез. У ребенка после двух недель вынужденного положения на спине развилась застойная очагово-сливная пневмония в нижних долях обоих легких. Между переломом бедренной кости и пневмонией нет патогенетической связи, так как пневмонии могло бы не быть, если бы ребенку проводили дыхательную гимнастику, массаж и т. п. Перелом бедра как основное заболевание не вызывает сомнения, так как эта болезнь явилась поводом обращения за медицинской помощью и получения лечения. Пневмония возникла позже, чем перелом, повлекла ухудшение состояния здоровья ребенка и требует лечения. Таким образом, перелом бедра и пневмония имеют признаки основного заболевания, но они не являются конкурирующими болезнями, так как каждая по отдельности едва ли могла вызвать смерть, в совокупности же способствовали утяжелению заболевания.

*Фоновая болезнь* — это нозологическая единица, которая имеет с основной болезнью тесные патогенетические взаимоотношения, оказывает существенное влияние на развитие и неблагоприятное ее течение или обуславливает ее особую тяжесть, что играет роль в появлении осложнений, угрожающих жизни либо ставших причиной смерти. Такое взаимодействие двух болезней в организме встречается наиболее часто. Фоновое заболевание может быть представлено несколькими нозологическими



единицами. В таком случае возможно кодирование по МКБ–10 важнейшего из них или всех для уточненных статистических исследований. Примеры фоновых заболеваний для болезней легких: рахит, сахарный диабет, ведущие к вторичному иммунному дефициту, становятся фоновыми для инфекционных болезней легких; хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией и диспластическими изменениями эпителия бронхов может быть фоновым заболеванием плоскоклеточного рака бронха.

При наличии в основном заболевании более двух болезней (мультикаузальный вариант), их взаимодействия проявляются в двух вариантах: семейства болезней и ассоциация болезней. *Семейство болезней* определяется этиологической и патогенетической связью группы болезней. В педиатрической практике такой полипатии нет. *Ассоциация болезней* — это случайное сочетание нескольких болезней в одном организме, среди которых выбирают приоритетную. При этом предпочтение отдают болезни:

- 1) которой принадлежит главное осложнение, а в случае смерти пациента — непосредственная причина смерти;
- 2) с традиционно тяжелым течением;
- 3) имеющую высокую частоту смертельных исходов;
- 4) социально значимой (при отсутствии условий первого правила).

На практике диагноз полипатии, как правило, трансформируется главным образом в монокаузальную схему, реже — в бикаузальную.

В медицинских учреждениях, имеющих узкую специализацию, выбор основного заболевания определяется их нозологической специализацией. Однако в случаях смерти пациентов в этих учреждениях от других болезней место основного заболевания занимает болезнь, чьи проявления или осложнения стали причиной смерти.

В случае смерти основное заболевание трактуется или как первоначальная причина смерти (рекомендации ВОЗ, МКБ–10), или как основная причина смерти.

Первоначальная причина смерти:

- а) болезнь или травма, вызвавшая последовательно ряд болезненных проявлений, непосредственно приведших к смерти;
- б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Основная причина смерти — болезнь, которая сама по себе или через свои осложнения привела пациента к смерти.

**Осложнение основного заболевания.** Это вторичное структурно-функциональное повреждение, отличное по этиологии, но патогенетически связанное с текущим основным заболеванием либо соответствующими ему лечебно-диагностическими воздействиями. Осложнения имеют качественно новые признаки, отличные от признаков основного заболевания. Осложнения существенно утяжеляют клиническую картину, тре-

буют значительного изменения или дополнения лечения, повышают вероятность или степень нетрудоспособности, способствуют летальному исходу или являются непосредственной его причиной. Среди осложнений выделяют: *главное осложнение* — это осложнение, которое привело к развитию тяжелых структурно-функциональных изменений, создавших угрозу для жизни пациента; *промежуточное осложнение* — это одно из предшествующих осложнений, ставшее прямой причиной главного осложнения. В случае смерти пациента главное осложнение трактуется как непосредственная причина смерти.

**Сопутствующие болезни.** К ним относятся нозологические единицы, которые не связаны этиологически и патогенетически с основным заболеванием и его осложнениями, не оказывают существенного влияния на их развитие и течение, не способствуют наступлению смерти.

Сопутствующие болезни — это, как правило, хронические заболевания в стадии ремиссии. В случае обострения они приобретают признаки основного заболевания в виде конкурирующих, сочетанных или фоновых болезней, так как обострившаяся болезнь требует лечения.

**Дополнительные интранозологическая характеристика и компоненты клинического диагноза.** Клинический диагноз должен быть полным и содержать информацию об особенностях состояния здоровья конкретного пациента на момент обследования. Для этого необходимо использовать общепринятые классификации с дополнительной *интранозологической характеристикой* (клиническая форма, синдром, локализация процесса, тип течения, степень активности, тяжести, стадия, функциональные нарушения и т. д.).

Диагноз может включать дополнительно несколько компонентов:

- 1) **этиологический** — указывает на причину болезни;
- 2) **патогенетический** — характеризует особенности патогенеза, чаще всего для определения качественных особенностей распознаваемой патологии, например: обструктивный бронхит;
- 3) **морфологический** — отражает сущность патологоанатомических изменений в органах и тканях;

4) **функциональный** — информирует о связанных с болезнью нарушениях важнейших физиологических функций, чаще всего с количественной характеристикой функциональной недостаточности по степеням, например: дыхательная недостаточность (ДН) I степени.

В зависимости от исхода заболевания клинический диагноз становится либо заключительным клиническим выписным диагнозом (при выписке пациента из стационара), либо заключительным клиническим посмертным диагнозом (в случае смерти пациента).

## КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

В структуре клинического или патологоанатомического диагноза болезни органов дыхания могут занимать различные позиции. У лечащего врача есть определенные трудности при формулировании диагноза комбинированного основного заболевания. Как правило, это связано с определением варианта взаимодействия двух и более нозологических единиц в рубрике основное заболевание, осложнений и др.

В целях унификации подходов к диагностике, лечению, диспансерному наблюдению детей с бронхолегочной патологией Министерство здравоохранения Республики Беларусь утвердило приказом № 60 от 17.01. 2013 г. «Клиническую классификацию неспецифических болезней легких у детей». Данная классификация обязательна для использования в работе специалистами на всех уровнях оказания медицинской помощи детям и для программ подготовки и переподготовки специалистов в системе додипломного и последипломного образования.

### ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

#### ПНЕВМОНИЯ

**Определение.** *Пневмония* — острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной природы, характеризующееся воспалительным поражением респираторных отделов с внутриальвеолярной экссудацией, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме.

**Код по МКБ–10** J12–J18

J10.01 Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус гриппа не идентифицирован.

Добавленные ВОЗ рубрики:

J09 Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа

J12.3 Пневмония, вызванная метапневмовирусом человека.

**Критерии диагностики:**

- *клинические:* лихорадка, кашель, физикальные изменения в легких, дыхательная недостаточность;
- *рентгенологические:* инфильтративные изменения в легких;
- *лабораторные:* чаще наличие островоспалительных изменений в общем анализе крови.

**Клиническая классификация.** Пневмонии различают:

**1. По месту возникновения:**

– *внебольничная* (синоним: домашняя), возникшая у ребенка вне стационарного учреждения здравоохранения или в первые 48 часов пребывания ребенка в лечебном учреждении;

– *госпитальная* (синонимы: нозокомиальная, внутрибольничная), развившаяся после 48 часов пребывания ребенка в стационаре или в течение 48 часов после выписки из лечебного учреждения;

Среди госпитальных пневмоний выделяют невентиляционную и вентиляционную — последняя развивается у пациентов на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и бывает ранняя (в первые 5 суток) или поздняя (после 5 суток ИВЛ). У новорожденных выделяют внутриутробные (врожденные) (P23) и постнатальные (приобретенные) пневмонии, которые также могут быть внебольничными и госпитальными.

**2. По этиологии** (с указанием возбудителя): бактериальная, хламидийная, микоплазменная, вирусная, грибковая, паразитарная, смешанная.

**3. По клинико-рентгенологическим формам:** очаговая, очагово-сливная, сегментарная (полисегментарная), долевая (лобарная), интерстициальная.

А также выделяются пневмонии, которые развиваются у детей с существенными преморбидными нарушениями ведущих звеньев противoinфекционной защиты организма ребенка, например аспирационная (J69.0). В таком случае в диагнозе пневмонию указывают как проявление или осложнение других болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**4. По тяжести:** средней тяжести и тяжелая.

Тяжесть пневмонии определяется выраженностью клинических проявлений и наличием осложнений.

**5. По течению:** острое (до 6 недель) или затяжное (более 6 недель).

**Осложнения:**

– легочные (ателектаз, абсцесс легкого, булла, плеврит, пневмоторакс, пиопневмоторакс, респираторный дистресс-синдром взрослого типа);

– внелегочные (инфекционно-токсический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, ДВС-синдром).

Формулировка полного диагноза должна включать наряду с указанными параметрами данные о локализации пневмонического процесса (легкое, доля, сегмент) и степень ДН.

**Примеры формулирования заключительного клинического диагноза.** В структуре заключительного клинического или патологоанатомического диагнозов пневмония может занимать различные позиции:

1) основное заболевание (самостоятельное, конкурирующее или сочетанное) — имеет свой код по МКБ–10;

2) осложнение основного заболевания — не получает кода по МКБ–10 для последующего статистического анализа;

3) проявление основного заболевания — при болезнях, классифицируемых в других рубриках. Это относится к классифицируемым в других рубриках бактериальным, вирусным, микотическим, паразитарным и другим пневмониям. При этом кодирование осуществляется не по пневмонии, а по конкретной нозологической форме, проявлением которой она явилась.

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония, очаговая, в VIII сегменте правого легкого, средней степени тяжести. Код по МКБ–10 J 18.0.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Пиелонефрит, хронический, ремиссия.

*Комментарий.* Пример монокаузального диагноза. Пневмония — нозологическая единица; далее диагноз содержит ее дополнительную интранозологическую характеристику согласно клинической классификации болезней органов дыхания (клиническая форма, локализация процесса, степень тяжести и т. д.). В диагнозе не указана характеристика «внебольничная пневмония», потому что внутрибольничные пневмонии, как правило, не бывают основным заболеванием, а только являются его осложнением. Так как пневмония — острое инфекционное заболевание, то определение течения «острое» является излишним. Пневмонии присвоен код по МКБ–10 J18.0 «Бронхопневмония неуточненная», так как не проведено бактериологическое исследование и не определялись тинкториальные свойства возбудителя при окраске по Граму (положительные или отрицательные). Хронический пиелонефрит является сопутствующей болезнью, так как находится в стадии ремиссии и не требует лечения.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония, вызванная *S. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), очагово-сливная, в нижней доле (VIII–X сегменты) правого легкого с бронхообструктивным синдромом, тяжелой степени тяжести. Код по МКБ–10 J13.

*Осложнения основного:* Острая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Пневмония — основное заболевание. Далее диагноз содержит дополнительную интранозологическую характеристику пневмонии — этиологический (*S. pneumoniae*) и патогенетический компоненты (бронхообструктивный синдром). В данном примере пневмония и бронхиальная обструкция имеют одну локализацию. Это определяет лечебную тактику, объем обследования (исключение инородного тела бронхов, порока развития др.). Присвоен код по МКБ–10 J13 «Бронхопневмония, вы-

званная S. pneumoniae». Острая ДН I степени является осложнением пневмонии.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония, вызвана грамотрицательной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование, дата), сегментарная, в I, III сегменте правого легкого, тяжелой степени. Острый обструктивный бронхит. Код по МКБ–10 J15.8.

*Осложнения основного:* Острая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* Атопический дерматит с сенсibilизацией к белкам коровьего молока, период клинической ремиссии.

*Комментарий.* Пример монокаузального диагноза. В основном заболевании наряду с пневмонией указан обструктивный бронхит, так как его симптомы дополняют картину болезни. У пациента вместе с инфильтрацией и явлениями гипокатаза в I и III сегментах верхней доли справа (по данным рентгенографии органов грудной полости) имеют место клинические (экспираторная одышка, разнокалиберные и сухие хрипы по всем полям легких) и рентгенологические (вздутие легких, усиление сосудистого рисунка, уплощение куполов диафрагмы) признаки обструктивного бронхита. Это констатируется в диагнозе, так как имеет значение для лечения, дифференциального диагноза. Заболеванию присвоен код по МКБ–10 J15.8 «Другие бактериальные пневмонии», так как при бактериоскопическом исследовании мокроты при окраске по Граму выявлена грамотрицательная бактериальная флора. Атопический дерматит — сопутствующее заболевание, потому что находится в состоянии ремиссии.

**Пример 4.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки в мембранозной части (размер дефекта 3 мм). Код по МКБ–10 Q21.0.

*Осложнения основного:* Полная атриовентрикулярная блокада, приступы Морганьи–Адамса–Стокса. ХСН II–б ФК III. Легочная гипертензия I степени (сред. АД 30 мм рт. ст.). Пневмония очагово-сливная, в VIII–X сегментах левого легкого, затяжное течение. Синпневмонический серозно-фибринозный плеврит (плевропункция, дата, 140 мл серозной жидкости). Острая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* Врожденные деформации стоп.

*Комментарий.* Признаки основного заболевания имеет врожденный порок сердца с обогащением малого круга кровообращения. Пневмония является осложнением основного заболевания, имеет затяжной характер течения (пневмонический процесс не разрешился в сроки от 6 до 8 недель) и не получает кода по МКБ–10 для последующего статистическо-

го анализа. При оформлении осложнений учтены причинно-следственные связи и временной фактор.

**Пример 5.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с эзофагитом, степень С. Эндоскопия (дата). Код по МКБ–10 K21.0.

*Осложнения основного:* Ларинготрахеит. Обструктивный бронхит. Аспирационная очагово-сливная пневмония в I–III сегментах правого и IV–X сегментах левого легкого. Острая ДН I степени. Код по МКБ–10 J69.0.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является хронической, причина ее развития — патологический заброс содержимого желудка в пищевод (гастроэзофагеальный рефлюкс). Ее прогноз определяют осложнения: пищеводные и внепищеводные. К последним относятся различные поражения органов дыхания, которые представлены в этом примере. Аспирационные пневмонии практически всегда являются осложнением должного заболевания. Вместе с тем, в МКБ–10 она классифицируется в отдельной рубрике J69.0. Для идентификации причины используют дополнительный код внешних причин (класс XX).

## БРОНХИТ

**Определение.** *Бронхит* — воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами.

**Критерии диагностики:**

- *клинические:* кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные (чаще двусторонние) хрипы в легких;
- *рентгенологические:* изменение легочного рисунка при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

**Классификация.** Бронхиты разделяют:

**1. По этиологии:** вирусный, бактериальный, вирусно-бактериальный, грибковый, обусловленный химическими факторами, физическими факторами, курением и проч., смешанный, от неуточненных причин.

**2. По течению, клиническому варианту и уровню поражения:**

- острый (простой) бронхит;
- острый обструктивный бронхит;
- острый бронхиолит;
- рецидивирующий бронхит;
- хронический бронхит;
- облитерирующий бронхиолит.

## ОСТРЫЙ (ПРОСТОЙ) БРОНХИТ

**Определение.** *Острый (простой) бронхит* — острый бронхит, протекающий без синдрома диффузной бронхиальной обструкции.

**Код по МКБ–10** J20.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* субфебрилитет, кашель, диффузные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких;

– *рентгенологические:* усиление легочного рисунка при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* ОРВИ. Острый ринофарингит. Острый бронхит. Код по МКБ–10 J20.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Так как поражение органов дыхания вовлекает более чем одну анатомическую область, заболевание кодируется по анатомически нижерасположенной локализации как бронхит в рубрике J20.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Острый бронхит, вызванный *M. pneumoniae*. Код по МКБ–10 J20.0.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Хронический гастрит, ремиссия.

*Комментарий.* Бронхиту микоплазменной этиологии присвоен код МКБ–10 J20.0.

## ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

**Определение.** *Острый обструктивный бронхит* — острый бронхит, протекающий с синдромом диффузной бронхиальной обструкции.

**Код по МКБ–10** J21.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* экспираторная или смешанного характера одышка, шумное свистящее дыхание, рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы в легких, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;

– *рентгенологические:* усиление легочного рисунка, повышение прозрачности легочной ткани при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких, уплощение куполов диафрагмы. Встречается, в основном, у детей первых 4 лет жизни.



**Пример формулирования клинического диагноза.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* ОРИ. Острый ринофарингит. Острый обструктивный бронхит. ДН 0. Код по МКБ–10 J21.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Так как поражение органов дыхания вовлекает более чем одну анатомическую область, заболевание кодируется по анатомически нижерасположенной локализации как обструктивный бронхит в рубрике J21.

## ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ

**Определение.** *Острый бронхиолит* — воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол.

**Код по МКБ–10** J21.

ВОЗ дополнительно введена рубрика J21.1 «Острый бронхиолит, вызванный метапневмовирусом человека».

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* выраженная одышка экспираторного или смешанного характера, периоральный цианоз, малопродуктивный кашель, диффузные мелкие влажные хрипы и крепитация, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;

– *рентгенологические:* вздутие легких, усиление сосудистого рисунка, уплощение куполов диафрагмы. Развивается в основном у детей первого года жизни на фоне ОРИ.

**Пример формулирования клинического диагноза.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Основное заболевание комбинированное, конкуренция:

1. Врожденный порок сердца: тетрада Фалло, классический вариант, фаза первичной адаптации. Код по МКБ–10 Q21.3.

2. Острый бронхиолит, вызванный РС-вирусом (ПЦР отпечатков со слизистой оболочки носоглотки, дата). Острый ринофарингит. Код по МКБ–10 J21.0.

*Осложнения основного заболевания:* Одышечно-цианотический приступ. НК 2б. Железодефицитная анемия тяжелой степени. Острая ДН II степени. Белково-энергетическая недостаточность, хроническая, II степень тяжести.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* ИВЛ 7 суток.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* У пациента одновременно имеются независимые друг от друга по этиологии и патогенезу заболевания, каждое, взятое в отдельности, создает угрозу его жизни. Поэтому в «Диагнозе заключительном клиническом» основное заболевание комбинированное, состоящее из двух конкурирующих нозологических единиц.

## РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ

**Определение.** *Рецидивирующий бронхит* — повторные эпизоды острых (простых) бронхитов 3 раза и более в течение года на фоне респираторных инфекций.

**Код по МКБ–10** J40.0.

**Критерии диагностики.** Эпизоды обострения соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого (простого) бронхита, 3 раза и более в течение года на фоне респираторных инфекций, склонные к затяжному течению (более 14 дней). Встречается, как правило, у детей первых 4–5 лет жизни.

В течении заболевания выделяют периоды *обострения* и *ремиссии*.

**Примеры формулирования клинического диагноза.** В клиническом диагнозе рецидивирующий бронхит как самостоятельная нозологическая единица может занимать позиции основного заболевания или сопутствующего. Диагноз «Рецидивирующий бронхит» не представлен в МКБ–10. Для его кодирования МЗ Республики Беларусь введена дополнительная рубрика J40.0 «Бронхит, не уточненный как острый или хронический».

Рецидивирующий бронхит может быть вторичным, т. е. проявлением или осложнением основного заболевания (наследственных, врожденных, приобретенных болезней). В таком случае кодирование осуществляется по конкретной нозологической форме, проявлением или осложнением которой он является.

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* ОРИ. Рецидивирующий бронхит, период обострения. Острый ринофарингит. Код по МКБ–10 J40.0.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Миопия легкой степени.

*Комментарий.* В приведенном случае рецидивирующий бронхит является самостоятельной болезнью.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, степень С. Эндоскопия (дата). Код по МКБ–10 K21.0.

*Осложнения основного:* Стеноз пищевода в нижней трети. Вторичный рецидивирующий аспирационный обструктивный бронхит, период

обострения. ДН 0. Хроническая белково-энергетическая недостаточность II степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* В данном примере рецидивирующий бронхит является осложнением основного заболевания и не получает кода по МКБ–10 для последующего статистического анализа. По выписке из стационара пациент будет состоять на диспансерном учете по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, но в процессе динамического наблюдения он будет обследоваться и лечиться по поводу не только основного заболевания, но всех его осложнений.

## ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ

**Определение.** *Хронический бронхит* — хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов, характеризующееся необратимыми дисрегенераторными ультраструктурными повреждениями слизистой оболочки бронхов со склеротическими изменениями в подслизистом слое, проявляющееся стойкими физикальными и рентгенологическими изменениями при исключении заболеваний, протекающих с вторичным хроническим бронхитом.

**Код по МКБ–10** J41, J42.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* кашель с мокротой, разнокалиберные влажные хрипы в легких (в течение 3 и более месяцев в год) при наличии не менее 3 обострений заболевания в год на протяжении 2 и более последовательных лет;

– *рентгенологические:* усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза;

– *компьютерной томографии высокого разрешения:* ремоделирование бронхов, утолщение стенок бронхов, деформация бронхов без их расширения.

**Классификация.** В течении заболевания выделяют:

**1. Степень тяжести:**

- легкая;
- средняя;
- тяжелая.

**2. Период:**

- обострение;
- ремиссия.

**Осложнения:** хроническое легочное сердце, легочная гипертензия, легочно-сердечная недостаточность.

**Пример формулирования клинического диагноза.** Хронический бронхит как самостоятельная нозологическая единица в клиническом диагнозе может занимать позиции основного или сопутствующего заболевания. Как отдельная нозологическая форма он диагностируется при исключении других заболеваний, протекающих с симптомокомплексом бронхита, бронхиолита (наследственные болезни, аномалии и пороки развития, первичные иммунодефицитные состояния и др.). При формулировке диагноза хронического бронхита, являющегося проявлением или осложнением основного заболевания, целесообразно использовать термин «вторичный хронический бронхит». Кодирование в таком случае осуществляется по конкретной нозологической форме, проявлением или осложнением которой он является.

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Хронический бронхит, легкой степени, обострение среднетяжелое. ДН 0. Код по МКБ–10 J42.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Хронический гастрит, ремиссия.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Основное заболевание, комбинированное с фоновым:

1. Пневмония, стафилококковой этиологии (бактериологическое исследование, дата, номер), нижнедолевая правого легкого, тяжелой степени. Код по МКБ–10 J15.2.

2. Фон: хронический бронхит, легкой степени тяжести, обострение. Код по МКБ–10 J42.

*Осложнения основного:* Синпневмонический гнойный плеврит (плевропункция, дата). ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический гастрит, ремиссия.

*Комментарий.* Хронический бронхит является фоновым для долевых и очагово-сливных пневмоний, если объем поражения легких пневмонической инфильтрацией составляет 3–5 и более сегментов.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Хронический бронхит, средней тяжести, обострение среднетяжелое; очаговая пневмония в IV–V сегментах правого легкого. Код по МКБ–10 J42.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Хронический гастрит, ремиссия.

*Комментарий.* Пример монокаузального варианта диагноза. Основное заболевание — обострение хронического бронхита с очаговой пневмонией. В данном случае хронический бронхит не может быть фоновым для пневмонии, так как она очаговая и занимает менее 3 сегментов легкого.

## ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ

**Определение.** *Облитерирующий бронхиолит* — полиэтиологическое хроническое заболевание мелких дыхательных путей. Морфологической основой является концентрическое сужение или полная облитерация просвета бронхиол и артериол, приводящие к развитию эмфиземы и нарушению легочного кровотока.

**Код по МКБ–10** J43.0.

### **Критерии диагностики:**

– *клинические:* в анамнезе заболевание, протекавшее тяжело, длительно, с симптомами бронхиальной обструкции, постоянные или рецидивирующие одышка, кашель, мелкопузырчатые хрипы или ослабленное дыхание, стойкая, частично обратимая на фоне лечения обструкция бронхов;

– *рентгенологические:* повышенная прозрачность и обеднение легочного рисунка на одном или нескольких участках легкого, признаки «воздушной ловушки»;

– *компьютерной томографии высокого разрешения:* сужение просвета мелких бронхов, утолщение стенки мелких бронхов, участки вздутия легочной ткани, негетогенность вентиляции при экспираторном сканировании («воздушная ловушка»).

**Классификация.** Облитерирующий бронхиолит может быть:

### **1. Варианты:**

- односторонний «тотальный» (синдром Мак-Леода);
- односторонний «очаговый»;
- двусторонний «очаговый»;
- «долевой».

### **2. По степени тяжести:**

- легкая;
- средняя;
- тяжелая.

### **3. По периоду:**

- обострение;
- ремиссия.

**Осложнения:** хроническое легочное сердце, легочная гипертензия, легочно-сердечная недостаточность.

**Примеры формулирования клинического диагноза.** В педиатрической практике облитерирующий бронхиолит как самостоятельная нозологическая единица является постинфекционным и в клиническом диагнозе может занимать позиции основного или сопутствующего заболевания. Его код в МКБ–10 J43.0.

Облитерирующий бронхиолит может быть следствием: химического воздействия (жидкости, газа, дыма, пара) — код J68.4; воздействия ле-

карственных препаратов (D-пенициллина, препаратов золота, сульфасалазина) — код J70.3; осложнением лучевой терапии — код J70.1. Он может быть осложнением или проявлением диффузных болезней соединительной ткани, посттрансплантационных синдромов. И в этих случаях кодирование по МКБ–10 осуществляется по конкретной нозологической форме, проявлением которой он является.

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Облитерирующий бронхит в левом легком, тотальный вариант, тяжелой степени тяжести, период ремиссии. Код по МКБ–10 J43.0.

*Осложнения основного:* Легочная гипертензия (среднее АД 32 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце, НК I. Хроническая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий:* Хронический облитерирующий бронхит – нозологическая единица. Интранозологическая дополнительная характеристика и осложнения основного заболевания свидетельствуют о его тяжести. Диагноз выставлен в результате обследования ребенка вне стадии обострения патологического процесса. Как самостоятельное заболевание облитерирующий бронхит у детей является постинфекционным. Код в МКБ–10 J43.0 — синдром Мак-Леода, который является частным случаем хронического облитерирующего бронхита.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Облитерирующий бронхит, очаговый, в нижних долях обоих легких, средней тяжести, обострение тяжелое. Очаговая пневмония в IX–X сегментах левого легкого. Код по МКБ–10 J43.0.

*Осложнения основного:* Острая ДН на фоне хронической II степени.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* ИВЛ 1 сутки.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Пример монокаузального варианта диагноза. Основное заболевание — обострение облитерирующего бронхита с очаговой пневмонией. В данном случае облитерирующий бронхит не может быть фоновым для пневмонии, так как она очаговая и занимает менее 3 сегментов легкого.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

Основное заболевание, комбинированное с фоновым:

1. Пневмония, вызванная *St. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), очагово-сливная в IV–X сегментах правого легкого, тяжелой степени. Код по МКБ–10 J13.

2. Фон: облитерирующий бронхит, очаговый, в III–IV сегментах левого легкого, легкой степени тяжести, обострение. Код по МКБ–10 J43.0.

*Осложнения основного:* Острая ДН II степени.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* ИВЛ 2 суток.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Пример бикаузального диагноза. Две нозологические единицы составили в организме ребенка тяжелое комбинированное заболевание, расцененное как основная и фоновая болезнь. Облитерирующий бронхиолит является фоновым для очагово-сливной пневмонии с объемом поражения легких более 3–5 сегментов и долевыми пневмониями.

## **БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Определение.** *Бронхоэктатическая болезнь* — приобретенное хроническое воспалительное заболевание бронхолегочной системы, характеризующееся гнойно-воспалительным процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве.

**Код по МКБ–10** J47.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* кашель с мокротой, локальные влажные хрипы, рецидивы воспалительного процесса в патологически измененных участках легких;

– *рентгено-бронхологические, компьютерной томографии высокого разрешения:* необратимые расширения бронхов с выраженными структурными изменениями их стенок и функциональной неполноценностью.

**Клиническая классификация.** Выделяют:

**1. По форме расширения бронхов:**

- цилиндрические;
- мешотчатые;
- смешанные.

**2. По распространенности:** одно- и двусторонние, с указанием точной локализации изменений по сегментам легкого.

**3. По степени тяжести:**

- легкую;
- среднетяжелую;
- тяжелую формы болезни.

**4. По фазе заболевания:**

- обострение;
- ремиссия.

**Осложнения:** легочная гипертензия, хроническое легочное сердце, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз и др.

Бронхоэктатическую болезнь как отдельную нозологическую форму необходимо дифференцировать с бронхоэктазами, являющимися проявлением других болезней (муковисцидоза, пороков развития, первичной цилиарной дискинезии и синдрома Картагенера, аллергического бронхолегочного аспергиллеза).

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхоэктатическая болезнь, цилиндрические бронхоэктазы и пневмосклероз в VIII–IX сегментах правого легкого, сопутствующий хронический бронхит, легкой степени тяжести, обострение средней степени тяжести. ОРИ, ринофарингит. Код по МКБ–10 J47.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* Бронхиальная астма, аллергическая (гиперчувствительность к шерсти собак, пыльце полыни), ремиссия 2 года.

*Комментарий.* Бронхоэктатическая болезнь — основное заболевание, так как оно в фазе обострения; бронхиальная астма в ремиссии, не требует лечения, поэтому является сопутствующим заболеванием.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхоэктатическая болезнь, смешанные бронхоэктазы и пневмосклероз в VIII–X сегментах левого легкого; сопутствующий хронический диффузный катаральный локальный гнойный (в VIII–X сегментах слева) эндобронхит средней тяжести. Обострение среднетяжелое. Бронхообструктивный синдром (лечебно-диагностическая бронхоскопия, дата). Очаговая пневмония в X сегменте правого легкого. Код по МКБ–10 J47.

*Осложнения основного:* острая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический тонзиллит, ремиссия.

*Комментарий.* В данном случае проводилось эндоскопическое исследование. Употребление понятия «бронхообструктивный синдром» свидетельствует о том, что имеют место клинические и функциональные признаки бронхиальной обструкции. Степень тяжести состояния пациента в фазе обострения определяется как средняя. Все перечисленное выше отражается в диагнозе, так как имеет значение для лечения и терапевтического прогноза.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Основное заболевание, комбинированное с фоновым:

1. Бронхоэктатическая болезнь, цилиндрические бронхоэктазы и пневмосклероз в VIII–IX сегментах правого легкого, сопутствующий хронический бронхит, легкой степени тяжести, обострение тяжелой степени тяжести. ОРИ, ринофарингит. Код по МКБ–10 J47.

2. Фон: бронхиальная астма, аллергическая (гиперчувствительность к шерсти собак, пыльце полыни), средняя, персистирующая, частично контролируемая. Код по МКБ–10 J45.



*Осложнения основного, комбинированного с фоновым:* Острая ДН II степени.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* O<sub>2</sub> терапия — 2 суток.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический холецистит, ремиссия.

*Комментарий.* Бронхоэктатическая болезнь — основное заболевание, так как она в фазе обострения и доминирует в клинической картине; частично контролируемая бронхиальная астма является фоном для бронхоэктатической болезни.

## ПЛЕВРИТ

**Определение.** *Плеврит* — воспалительное заболевание плевры инфекционной или неинфекционной природы. Обычно является проявлением других заболеваний, т. е. вторичным.

**Код по МКБ–10** J86, J90, R09.1.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* одышка, болевой синдром, ослабление дыхания и притупление перкуторного звука над зоной поражения, смещение средостения в противоположную пораженную сторону;

– *рентгенологические:* наличие жидкости в плевральной полости, утолщение плевры;

– *ультразвуковые:* наличие жидкости в плевральной полости, утолщение плевры;

– *специальные исследования:* жидкость в плевральной полости при плевральной пункции.

Первый этап в оценке плеврального выпота — выяснить, является ли он экссудатом (появляется при воспалении плевры) или трансудатом (жидкость невоспалительного генеза, например при застойной сердечной недостаточности, гипопроотеинемии и т. п.). После идентификации характера выпота устанавливают его природу.

**Клиническая классификация.** Выделяют плевриты:

**1. По этиологии:**

1) инфекционные;

– специфические (туберкулезный и др.);

– неспецифические (бактериальные, вирусные, грибковые, вызванные смешанно флорой);

2) аллергические и другие иммунопатологические (при заболеваниях соединительной ткани и прочих);

3) травматические;

4) опухолевые.

## **2. По характеру процесса:**

- *сухие* (J86) — фибринозные;
- *выпотные* (J90) — серозные, серозно-фибринозные, гнойные (эмпиема) и геморрагические.

## **3. По локализации** (осумкованные и сухие плевриты):

- паракостальные (пристеночные);
- диафрагмальные (базальные);
- верхушечные;
- парамедиастинальные;
- междолевые.

## **4. В связи с пневмонией:**

- синпневмонические (возникающие одновременно с пневмонией);
- метапневмонические (возникающие в период обратного развития пневмонии).

## **5. По течению:**

- острые (до 6 месяцев);
- хронические (более 6 месяцев).

## **Примеры формулирования клинического диагноза:**

### **Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония, полисегментарная в IV, V сегментах правого легкого, тяжелой степени. Код по МКБ–10 J18.1.

*Осложнения основного:* Синпневмонический междолевой плеврит.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* В данном случае плеврит возник одновременно с пневмонией и диагностирован на основании клинической картины и данных рентгенографии органов грудной полости. Плевропункция не проводилась.

### **Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония очагово-сливная, в IV–V, VIII–IX сегментах правого легкого, стафилококковой этиологии (бактериологическое исследование мокроты, №, дата), тяжелой степени, затяжное течение. Острый бронхит. Код по МКБ–10 J15.2.

*Осложнения основного:* Синпневмонический гнойный плеврит (плевропункция, объем экссудата, дата). Буллезная трансформация легкого в сегменте VIII. Острая ДН I степени.

*Комментарий.* В данном случае плеврит наряду с деструкцией легкого является осложнением пневмонического процесса, возник одновременно с пневмонией. При лабораторном исследовании плеврального выпота установлен гнойный характер экссудата.

### **Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Пневмония очагово-сливная в нижней доле (VII–X сегментов) правого легкого, пневмококковой этиологии (бактериологическое исследование мокроты, №, дата), тяжелой степени тяжести, затяжное течение.

*Осложнения основного:* Метапневмонический серозно-фибринозный плеврит. Буллезная трансформация легкого в VI сегменте правого легкого. Острая ДН II степени.

*Комментарий.* В данном случае плеврит возник в период обратного развития пневмококковой пневмонии; имеет иммунопатологический генез, особенности течения и лечебной тактики.

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

**Определение.** *Бронхиальная астма* — хроническое воспалительное заболевание, ассоциированное с вариабельной обструкцией дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивностью, проявляющееся повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, одышки и чувством сдавления в груди.

**Код по МКБ–10** J45.

**Критерии диагностики:**

- *клинические:* приступы кашля и/или затрудненного дыхания, дистанционные свистящие хрипы, экспираторная одышка, вздутие грудной клетки, распространенные сухие свистящие хрипы в легких;
- *функциональные:* обратимая бронхиальная обструкция;
- *рентгенологические:* повышение прозрачности легочной ткани, усиление сосудистого рисунка.

**Клиническая классификация.** Классифицируют бронхиальную астму по ряду критериев:

**1. По форме:** аллергическая (IgE-опосредованная, не-IgE-опосредованная), неаллергическая, смешанная.

**2. По степени тяжести** (диагностируется до начала базисной терапии): интермиттирующая, легкая персистирующая, средней тяжести персистирующая, тяжелая персистирующая (табл. 2).

Таблица 2

**Классификация степени тяжести бронхиальной астмы по клиническим признакам до начала лечения**

Степень тяжести астмы	Симптомы
Легкая интермиттирующая	Симптомы реже 1 раза в неделю. Короткие обострения. Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц. ОФВ <sub>1</sub> или ПОСВ $\geq 80$ % от должных значений. Суточная вариабельность показателей ПОСВ или ОФВ <sub>1</sub> < 20 %
Легкая персистирующая	Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день. Обострения могут влиять на физическую активность и сон. Ночные симптомы чаще 2 раз в месяц. ОФВ <sub>1</sub> или ПОСВ $\geq 80$ % от должных значений. Суточная вариабельность показателей ПОСВ или ОФВ <sub>1</sub> в пределах 20–30 %

Степень тяжести астмы	Симптомы
Средней тяжести персистирующая	Ежедневные симптомы. Обострения могут влиять на физическую активность и сон. Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю. Ежедневный прием $\beta_2$ -агонистов короткого действия. ОФВ <sub>1</sub> или ПОСВ от 60 до 80 % от должных значений. Суточная вариабельность показателей ПОСВ или ОФВ <sub>1</sub> более 30 %
Тяжелая персистирующая	Ежедневные симптомы. Частые обострения. Частые ночные симптомы. Ограничение физической активности. ОФВ <sub>1</sub> или ПОСВ $\leq 60$ % от должных значений. Суточная вариабельность показателей ПОСВ или ОФВ <sub>1</sub> более 30 %

**3. По уровню контроля:** полностью контролируемая, хорошо контролируемая, частично контролируемая, неконтролируемая (табл. 3).

Таблица 3

## Уровни контроля астмы

Параметр	Астма			
	полностью контролируемая	хорошо контролируемая	частично контролируемая	неконтролируемая
Дневные симптомы	Нет	$\leq 2$ в неделю	$> 2$ в неделю	Постоянные
Ночные симптомы/пробуждения от астмы	Нет	$\leq 1$ раза в месяц	$> 1$ раза в месяц	Еженедельные
Потребность в средствах неотложной помощи	Нет	$\leq 2$ в неделю	$> 2$ в неделю	Ежедневно
Ограничение активности	Нет	Нет	Некоторое	Выраженное
Функция легких — ОФВ <sub>1</sub> /ПОСВ (по отношению к должным или персональным лучшим), %	$> 80$	$\geq 80$	60–80	$< 80$
Число обострений за год	0	1	2	$> 2$

**4. По периоду:** обострение, ремиссия.

Кроме того, в зависимости от состояния пациента выделяют несколько степеней тяжести приступа бронхиальной астмы (табл. 4).

Таблица 4

## Градации степени тяжести приступа бронхиальной астмы у детей

Признаки	Приступ			
	легкий	среднетяжелый	тяжелый	угроза остановки дыхания (status asthmaticus)
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Вынужденное положение	Отсутствует
Разговорная речь	Сохранена	Ограничена, произносит отдельные фразы	Речь затруднена, не может закончить фразу	Отсутствует

Признаки	Приступ			угроза остановки дыхания (status asthmaticus)
	легкий	среднетяжелый	тяжелый	
Сознание	Иногда возбуждение	Возбуждение	Возбуждение, испуг, «дыхательная паника»	Спутанность сознания, гипоксическая или гипоксически-гиперкапническая кома
Частота дыхания	Увеличена	Увеличена, выраженная экспираторная одышка	Увеличена, резко выраженная экспираторная одышка	Тахипноэ или брадипноэ
Участие вспомогательной мускулатуры, втяжение яремной ямки	Нерезко выражено	Выражено	Резко выражено	Парадоксальное торакоабдоминальное дыхание
Свистящее дыхание	Отмечается обычно в конце выдоха	Выражено	Резко выражено	«Немое легкое», отсутствие дыхательных шумов
Частота пульса	Тахикардия	Тахикардия	Резкая тахикардия	Брадикардия
ПОСВ, ОФВ <sub>1</sub> после приема бронхолитика, % от нормы или наилучших индивидуальных показателей	Более 80	60–80	Менее 80	–
Сатурация O <sub>2</sub> (при дыхании воздухом), %	> 95	91–95	< 90	–
PaO <sub>2</sub> , мм рт. ст.	Норма	> 60	< 60	–
PaCO <sub>2</sub> , мм рт. ст.	< 45	< 45	> 45	–

**Осложнения:** ателектаз легких, медиастинальная и подкожная эмфизема, спонтанный пневмоторакс.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

**Основной:** Бронхиальная астма, аллергическая, IgE-опосредованная (аллергия на домашнюю пыль, клещей), средней тяжести персистирующая, хорошо контролируемая. Код по МКБ–10 J45.

**Осложнения основного:** –

**Сопутствующие заболевания:** Хронический гастрит, ремиссия.

*Комментарий.* В данном случае на фоне текущей базисной противовоспалительной терапии астмы имеется хороший уровень контроля за заболеванием.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхиальная астма, аллергическая, IgE-опосредованная (клещевая аллергия), ремиссия (2 года). Код по МКБ–10 J45.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарии:* В данном случае на фоне отмены базисной противовоспалительной терапии симптомы болезни отсутствуют полностью.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхиальная астма, аллергическая, IgE-опосредованная (аллергия на домашнюю пыль), легкая персистирующая, обострение средней степени тяжести.

Код по МКБ–10 J45.

*Осложнения основного:* Ателектаз в средней доле легкого справа, острая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* Хронический пиелонефрит, ремиссия.

*Комментарий.* В данном случае на фоне текущей базисной противовоспалительной терапии астмы у пациента с имеющимися симптомами, характерными для легкой персистирующей астмы, увеличилось количество дневных и ночных симптомов, появилась одышка. При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки выявлено осложнение астмы — ателектаз в средней доле легкого.

## БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

**Определение.** *Бронхолегочная дисплазия* (БЛД) — полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, получающих кислородотерапию и находящихся на ИВЛ. Протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/или с нарушением репликации альвеол; проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом и другими симптомами ДН; характеризуется специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка.

Код по МКБ–10 P27.1 (до 1 года), J43 (1–3 года).

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях

через носовые катетеры (пСРАР); терапия кислородом более 21 % в возрасте 28 дней и старше; ДН, бронхиальная обструкция в возрасте 28 дней и старше, зависимость от кислорода, развивающаяся при проведении кислородотерапии (ИВЛ, пСРАР);

– *рентгенологические*: интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

**Клиническая классификация.** Выделяют:

**1. По форме:** БЛД доношенных, БЛД недоношенных (классическую и новую формы).

*Классическая форма* развивается у недоношенных детей, у которых не применялись препараты сурфактанта для профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС), имели место «жесткие» режимы ИВЛ. Рентгенологически характерны вздутие легких, фиброз, буллы.

*Новая форма* развивается у детей с гестационным возрастом < 32 недель, у которых применялись препараты сурфактанта для профилактики РДС, а респираторная поддержка была щадящей. Рентгенологически характерно гомогенное затемнение легочной ткани без ее вздутия.

*БЛД доношенных* развивается у детей, рожденных в срок, заболевание клинически и рентгенологически сходно с классической формой БЛД недоношенных.

**2. По степени тяжести:** легкую, среднетяжелую и тяжелую.

**3. Периоды заболевания:** обострение, ремиссия.

**Осложнения:** хроническая ДН, острая ДН на фоне хронической, ателектаз, легочная гипертензия, легочное сердце, системная артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения, гипотрофия.

Диагноз «бронхолегочная дисплазия» правомерен в качестве самостоятельного только у детей до 3-летнего возраста. У детей 3 лет и старше БЛД указывается лишь как заболевание, имевшее место в анамнезе.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхолегочная дисплазия недоношенных (34 недели), новая форма, средней тяжести, ремиссия. Код по МКБ–10 P27.1.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Когда формулируется общий диагноз, где наряду с БЛД указываются срок родов, ассоциированные заболевания (ретинопатия недоношенных, гидроцефалия, задержка психомоторного развития и др.), связанные как с недоношенностью, так и с общностью этиопатогенетических факторов БЛД и данных заболеваний, при указании формы БЛД слова «недоношенных» «доношенных» можно не выносить.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхолегочная дисплазия недоношенных (36 недель), новая форма, легкой степени тяжести, обострение тяжелой степени тяжести (РС-вирусная инфекция, ПЦР назофарингеальных отпечатков со слизистой оболочки носоглотки, №, дата). Острый ринофарингит. Код по МКБ–10 P27.1.

*Осложнения основного:* Хроническая белково-энергетическая недостаточность 1-й степени. Острая ДН II степени.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* ИВЛ 4 суток.

*Сопутствующие заболевания:* Ретинопатия. Задержка психомоторного развития.

## НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

### ИДИОПАТИЧЕСКАЯ (ПЕРВИЧНАЯ) ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

**Определение.** *Идиопатическая* (первичная) *легочная гипертензия* — наследственное заболевание, проявляющееся повышением давления в легочной артерии и гипертрофией миокарда правого желудочка, не связанное с какой-либо врожденной или приобретенной патологией сердца и легких.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

**Код по МКБ–10** I27.0.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* быстро прогрессирующая ДН, одышка, выраженный цианоз, повторные синкопальные состояния;

– *ультразвуковые:* ЭхоКГ-признаки легочной гипертензии.

**Клиническая классификация.** Выделяют три формы заболевания в зависимости от степени тяжести: легкую, средней тяжести, тяжелую.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Идиопатическая легочная гипертензия (систолическое АД 60 мм рт. ст.). Код по МКБ–10 I27.0.

*Осложнения основного:* Хроническое легочное сердце. Правожелудочковая сердечная недостаточность IIa степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* При формулировке диагноза «легочная гипертензия», который является осложнением основного заболевания, целесообразно использовать термин «вторичная легочная гипертензия».

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Бронхолегочная дисплазия недоношенных (30 недель), классическая форма, тяжелая, неполная ремиссия. Код по МКБ–10 P27.1.



*Осложнения основного:* Ателектаз во II сегменте правого легкого. Вторичная легочная гипертензия (среднее АД 35 мм рт. ст.). Легочное сердце, НК 0. Хроническая ДН I степени. Хроническая белково-энергетическая недостаточность I-й степени, смешанного генеза.

*Сопутствующие заболевания:* –

### ЛЕГОЧНЫЙ АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ МИКРОЛИТИАЗ

**Определение.** *Легочный альвеолярный микролитиаз* — наследственное диссеминированное заболевание легких с накоплением в легочной паренхиме депозитов фосфата кальция.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный с полной пенетрантностью. Локализация патологического гена 4p15.31-p15.2.

**Код по МКБ–10** J84.0.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* часто клинические проявления отсутствуют, по мере прогрессирования — одышка, сухой кашель, цианоз;

– *рентгенологические:* в легких диффузные мелкие тени костной плотности (симптом «песчаной бури»).

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Легочный альвеолярный микролитиаз. Код по МКБ–10 J84.0.

*Осложнения основного:* Легочная гипертензия легкой степени тяжести (систолическое АД 48 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. НК 0. Хроническая ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Легочный альвеолярный микролитиаз. Код по МКБ–10 J84.

*Осложнения основного:* Легочная гипертензия легкой степени тяжести (систолическое АД 48 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. НК 0. Хроническая ДН I степени. ОРИ, обструктивный бронхит.

*Сопутствующие заболевания:* –

### ЛЕГОЧНЫЙ АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ПРОТЕИНОЗ

**Определение.** *Легочный альвеолярный протеиноз* — наследственное диссеминированное заболевание легких, характеризующееся накоплением в альвеолярной интерстициальной ткани фосфолиппротеидных соединений, производных сурфактанта.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

**Код по МКБ–10 J84.0.**

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* одышка, кашель, боль в груди, кровохарканье, хрипы в легких, цианоз, потеря массы, деформация дистальных фаланг пальцев в виде «барабанных палочек»;

– *рентгенологические:* диффузные множественные симметричные мелкоочаговые тени, простирающиеся от корня до периферии легких (вид бабочки);

– *специальные исследования:* биопсия легкого.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Альвеолярный протеиноз, хроническое течение. Код по МКБ–10 J84.0.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия, легкой степени тяжести (систолическое АД 50 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. Хроническая ДН I степени. Пульмогенная кахексия.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Следует проводить дифференциальную диагностику с вторичным протеинозом, являющимся осложнением других заболеваний (чаще всего гематологических, саркоидоз, диссеминированного туберкулеза легких). При диагностике альвеолярного протеиноза, являющегося осложнением основного заболевания, в диагнозе целесообразно использовать термин «вторичный альвеолярный протеиноз».

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Альвеолярный протеиноз, хроническое течение. Код по МКБ–10 J84.0.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия легкой степени тяжести (систолическое АД 48 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. НК0. Хроническая ДН I степени. ОРИ, трахеобронхит.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Усиливающийся кашель на фоне развития лихорадки, катаральных явлений и ДН следует рассматривать как присоединение инфекции, а не как обострение основного заболевания.

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Альвеолярный протеиноз, хроническое течение. Код по МКБ–10 J84.0.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия легкой степени тяжести (систолическое АД 48 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. НК0. Очагово-сливная пневмония в средней доле правого легкого, синегнойной этиологии (бактериологическое исследование мокроты, дата). Острая ДН на фоне хронической II степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Альвеолярный протеиноз осложнился синегнойной пневмонией, что сопровождалось продуктивным кашлем, повышением температуры тела, интоксикацией, островоспалительными изменениями в общем анализе крови.

## ПЕРВИЧНАЯ ЦИЛИАРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ

**Определение.** *Первичная цилиарная дискинезия* — наследственное заболевание, в основе которого лежит врожденный дефект ультраструктуры ресничек мерцательного эпителия, обуславливающий нарушение их подвижности. Вариант первичной цилиарной дискинезии — синдром Зиверта–Картагенера.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

**Код по МКБ–10** Q.89.3.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* тотальное поражение респираторного тракта с ранней манифестацией симптомов (затяжные, рецидивирующие бронхиты, бронхиолиты, пневмонии; хронический бронхит, бронхоэктазы, хронический отит, синусит, кондуктивная тугоухость); при синдроме Зиверта–Картагенера — еще и обратное расположение внутренних органов или изолированная декстрокардия;

– *рентгенологические:* деформация бронхов, бронхоэктазы, затемнение пазух носа, situs viscerus inversus;

– *специальные исследования:* снижение подвижности ресничек мерцательного эпителия респираторного тракта (при световой и фазово-контрастной микроскопии) и выявление специфических ультраструктурных дефектов (при электронной микроскопии).

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Первичная цилиарная дискинезия. Situs viscerus inversus.

Вторичный рецидивирующий бронхит, ремиссия. ДН 0. Код по МКБ–10 Q.89.3.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Первичная цилиарная дискинезия (синдром Зиверта–Картагенера). Вторичный хронический обструктивный бронхит, диффузный катаральный, локальный гнойный в V сегменте слева, IX–X сегментах справа эндобронхит, средней тяжести, обострение среднетяжелое. Цилиндрические бронхоэктазы и пневмосклероз в IX–X сегментах справа, V сегменте слева. Вторичный хронический верхнечелюстной синусит, период

обострения (*Ps. aeruginosa*). Очагово-сливная пневмония в VI сегменте левого легкого. Код по МКБ–10 Q.89.3.

*Осложнения основного:* Острая ДН I степени.

*Сопутствующие болезни:* Прогнатия II степени, миопия обоих глаз, левосторонний грудопоясничный сколиоз II степени.

*Комментарий.* В данном случае клиническим проявлением первичной цилиарной дискинезии являются Situs inversus, вторичные хронический бронхит, цилиндрические бронхоэктазы, хронический синусит и пневмония. При эндоскопическом исследовании установлен характер эндобронхита, что отражено в диагнозе. Использование понятия «обструктивный бронхит» свидетельствует о том, что имеют место клинические и функциональные признаки бронхиальной обструкции. Степень тяжести пациента в фазе обострения определяется как средняя. Все выше перечисленное отражается в диагнозе, так как имеет значение для лечения и терапевтического прогноза. ДН является осложнением основного заболевания.

## МУКОВИСЦИДОЗ

**Определение.** *Муковисцидоз* (кистозный фиброз поджелудочной железы) — наследственное полисистемное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора муковисцидоза, характеризующееся нарушением функции экзокринных желез и клиническим полиморфизмом, приводящее в первую очередь к тяжелым поражениям органов респираторной и пищеварительной систем.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

Различные варианты мутаций CFTR-гена (7q31.2).

**Код по МКБ–10** E84.

**Критерии диагностики:**

– *клинические:* рецидивирующие или постоянные влажный, коклюшеподобный кашель с вязкой слизистой или гнойной мокротой, одышка, разнокалиберные влажные и сухие хрипы в легких; прогрессирующая обструкция дыхательных путей с формированием хронического бронхита, бронхиолита, бронхоэктазов; хронический синусит; нарушение процессов пищеварения и всасывания в кишечнике. По мере прогрессирования заболевания: задержка физического развития, деформация грудной клетки и дистальных фаланг пальцев (в виде «барабанных палочек»), формирование легочно-сердечной недостаточности, наличие муковисцидоза у сибсов;

– *рентгенологические, компьютерной томографии высокого разрешения:* деформация и усиление легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация, бронхоэктазы, буллы, очаги пневмосклероза;

– *специальные исследования*: повышение уровня хлоридов в классической потовой пробе более 60 ммоль/л; выявление мутаций гена CFTR при молекулярно-генетическом обследовании.

**Клиническая классификация.** Выделяют формы муковисцидоза:

- смешанную, с поражением желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы;
- преимущественно легочную;
- печеночную с явлениями цирроза, портальной гипертензией и асцитом;
- изолированную электролитную (псевдосиндром Барттера);
- мекониевую непроходимость;
- неонатальную гипертрипсиногемию;
- атипичную и стертые.

**Генетический диагноз** (указать тип мутации).

**Клинические проявления:**

- бронхолегочные — бронхит острый, рецидивирующий, хронический; панбронхиолит, пневмония, диссеминированные бронхоэктазы, аллергический бронхолегочный аспергиллез;
- со стороны поджелудочной железы — неонатальная гипертрипсиногемия; экзокринная недостаточность поджелудочной железы;
- со стороны печени — гепатомегалия, склерозирующий холангит;
- со стороны мочеполовой системы — изолированная обструктивная азооспермия.

**Осложнения:**

- со стороны легких — абсцессы, ателектазы, пневмо- и пиопневмотораксы, кровохаркание, кровотечение, легочная недостаточность;
- со стороны сердечно-сосудистой системы — легочное сердце, легочная гипертензия, сердечная недостаточность;
- со стороны желудочно-кишечного тракта — поражение слюнных желез, нарушения моторики (гастроэзофагеальный рефлюкс, синдром дистальной интестинальной обструкции, хронические запоры), поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендицит, инвагинация, инфекционные энтероколиты (*Giardia lamblia*, *Clostridium difficile*), кровотечение, выпадение прямой кишки, фиброзирующая колонопатия, онкологические заболевания;
- со стороны печени — внепеченочная обструкция желчного протока, холелитиаз, желтуха, гепатоспленомегалия, цирроз, портальная гипертензия, гиперспленизм, варикозное расширение вен пищевода, асцит, печеночная недостаточность, энцефалопатия;
- со стороны поджелудочной железы — панкреатит, сахарный диабет;
- задержка в физическом развитии.

### **Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Муковисцидоз, смешанная форма. Генетический диагноз (F508del/F508del). Вторичный хронический обструктивный бронхит, ремиссия. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Код по МКБ–10 E84.

*Осложнения основного:* Хронический запор. Выпадение прямой кишки.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* Запись «муковисцидоз, смешанная форма» соответствует «классическому муковисцидозу с панкреатической недостаточностью» классификации ВОЗ. В настоящее время степень тяжести муковисцидоза в диагноз не выносится.

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Муковисцидоз, смешанная форма. Генетический диагноз (F508del/F508del). Вторичный хронический бронхит, обострение тяжелой степени. Множественные бронхоэктазы (мешотчатые в I–III, VI сегментах справа, цилиндрические в IV, VIII сегментах слева). Хроническая синегнойная инфекция. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Билиарный цирроз печени III степени. Код по МКБ–10 E84.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия (среднее АД 35 мм рт. ст.). Хроническое легочное сердце. Легочно-сердечная недостаточность II степени. Портальная гипертензия. Кровотечение из расширенных вен пищевода.

*Сопутствующие заболевания:* –

## **ДЕФИЦИТ $\alpha$ -1-АНТИТРИПСИНА**

**Определение.** *Дефицит  $\alpha$ -1-антитрипсина* — наследственное заболевание, в основе которого лежит дефицит ингибитора легочных протеаз  $\alpha$ -1-антитрипсина, приводящий к формированию эмфиземы и/или поражению печени.

Тип наследования: аутосомно-доминантный (кодминантный).

**Код по МКБ–10** E88.0.

**Критерии диагностики:**

- *клинические:* одышка, эмфизема, поражение печени;
- *функциональные:* вентиляционные нарушения обструктивного типа с увеличением остаточного объема легких (ООЛ) и его доли в общей емкости легких (ОЕЛ);
- *рентгенологические, компьютерной томографии высокого разрешения:* эмфизема;

– *специальные исследования*: низкий уровень  $\alpha$ -1-антитрипсина в сыворотке крови; выявление гомозиготного фенотипа/генотипа ZZ.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной*: Дефицит  $\alpha$ -1-антитрипсина. Код по МКБ–10 E88.0.

*Осложнения основного*: ДН II степени.

*Сопутствующие заболевания*: –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной*: Дефицит  $\alpha$ -1-антитрипсина. Цирроз печени. Первичная панлобулярная эмфизема легких. Код по МКБ–10 E88.0.

*Осложнения основного*: Портальная гипертензия.

*Сопутствующие заболевания*: –

*Комментарий*. В данном случае заболевание протекает с поражением печени и легких. Использование термина «первичная эмфизема легких» подразумевает этиологическую роль в ее развитии дефицита  $\alpha$ -1-антитрипсина.

## НАСЛЕДСТВЕННАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯ

**Определение.** *Наследственная геморрагическая телеангиэктазия* (синдром Ослера–Рандю–Вебера) — наследственное заболевание, проявляющееся системной сосудистой дисплазией, приводящей к формированию телеангиэктазий и сосудистых мальформаций в легочной ткани, на коже и слизистых оболочках.

Тип наследования: аутосомно-доминантный.

**Код по МКБ–10 I78. 0.**

**Критерии диагностики:**

– *клинические*: одышка, цианоз, телеангиэктазии на коже и слизистых оболочках, кровохарканье, легочные кровотечения, кровотечение из носа и вен пищевода, деформация концевых фаланг пальцев (в виде «баранных палочек») и ногтей (в виде «часовых стекол»);

– *рентгенологические*: неравномерное усиление сосудистого рисунка, артериовенозные шунты — при ангиографии; диффузное нарушение легочного кровотока — при сцинтиграфии.

**Пример формулирования клинического диагноза.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной*: Наследственная геморрагическая телеангиэктазия. Код по МКБ–10 I78. 0.

*Осложнения основного*: Легочное кровотечение. Железодефицитная анемия легкой степени.

*Сопутствующие заболевания*: –

## ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ГЕМОСИДЕРОЗ ЛЕГКИХ

**Определение.** *Идиопатический гемосидероз легких* — наследственное заболевание, характеризующееся волнообразным рецидивирующим течением с повторными кровоизлияниями в легкие.

Тип наследования: аутосомно-рецессивный.

**Код по МКБ–10** E83.1.

**Критерии диагностики:**

- *клинические:* кашель, одышка, кровохарканье, лихорадка, рецидивирующая анемия, спленомегалия, иктеричность;
- *рентгенологические:* при обострении — множественные очаговые инфильтративные тени в легких (симптом «бабочки»);
- *лабораторные:* железодефицитная анемия, ретикулоцитоз, анизопойкилоцитоз, повышение уровня неконъюгированного билирубина;
- *специальные:* гемосидерофаги в мокроте или жидкости бронхоальвеолярного лаважа.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Идиопатический гемосидероз легких, острое течение. Код по МКБ–10 E83.1.

*Осложнения основного:* Анемия смешанного генеза, средней тяжести.

*Сопутствующие заболевания:* —

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Идиопатический гемосидероз легких, рецидивирующее течение, обострение. Код по МКБ–10 E83.1.

*Осложнения основного:* Инфаркт-пневмония в VI сегменте справа. Пневмоторакс рецидивирующий, справа. Анемия смешанного генеза, средней тяжести. Легочно-сердечная недостаточность II степени.

*Сопутствующие заболевания:* —

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Гемосидероз легких (синдром Хейнера), рецидивирующее течение, обострение. Код по МКБ–10 E83.1.

*Осложнения основного:* Анемия смешанного генеза, средней тяжести. ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* —

*Комментарий.* В данном случае легочный гемосидероз обусловлен гиперчувствительностью к коровьему молоку.



## ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Пороки развития легких — многочисленная группа заболеваний.

**Код по МКБ–10** Q25–26; Q32–33

Q33 Пороки, связанные с недоразвитием бронхолегочных структур (агенезия, аплазия, гипоплазия легких)

Q32 Пороки развития стенки трахеи и бронхов:

а) распространенные пороки развития (трахеобронхомегалия, трахеобронхомалия, синдром Вильямса–Кэмпбелла, бронхиолоэктатическая эмфизема);

б) ограниченные пороки развития стенки трахеи и бронхов (врожденные стенозы трахеи, врожденная лобарная эмфизема, дивертикулы трахеи и бронхов, трахеобронхопищеводные свищи)

Q33 Кисты легких

Q32 Секвестрация легкого

Q25–Q26 Пороки развития легочных сосудов (агенезия и гипоплазия легочной артерии и ее ветвей; артериовенозные аневризмы и свищи; аномальное (транспозиция) впадение легочных вен).

**Критерии диагностики:** наличие характерных клинических, рентгенологических, бронхологических и ангиографических симптомов у детей с различной выраженностью респираторных расстройств. Многие пороки развития составляют основу для вторичного формирования хронического воспалительного процесса.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Двусторонний субтотальный поликистоз легких в I–IV сегментах правого и IV–IX сегментах левого легкого. Код по МКБ–10 Q33.0.

*Осложнения основного:* Очагово-сливная пневмония в V–IX сегментах левого легкого. ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Интралобарная секвестрация в VIII–X сегментах левого легкого. Код по МКБ–10 Q32.

*Осложнения основного:* Очагово-сливная пневмония в V сегменте левого легкого.

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 3.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Трахеобронхомегалия (синдром Мунье–Куна). Вторичный хронический обструктивный бронхит, обострение. Мешотчатые бронхоэктазы в V–IX сегментах обоих легких. Код по МКБ–10 Q33.

*Осложнения основного:* Очагово-сливная пневмония в IV–V сегментах правого легкого. Вторичная легочная гипертензия (среднее АД 33 мм рт. ст.). ДН I степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* В данном случае клиническим проявлением порока развития трахеи и бронхов являются вторичные хронический обструктивный бронхит и мешотчатые бронхоэктазы. Употребление понятия «обструктивный бронхит» свидетельствует о том, что имеют место клинические и функциональные признаки бронхиальной обструкции. Пневмония — осложнение основного заболевания.

## ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

### ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ

**Определение.** *Идиопатический фиброзирующий альвеолит* (син.: целлюлярный интерстициальный пневмонит, хроническая интерстициальная пневмония, идиопатический диффузный фиброз легких, идиопатический легочный фиброз) — первично хроническое, быстро прогрессирующее интерстициальное заболевание легких, приводящее к развитию диффузного легочного фиброза.

**Код по МКБ–10** J84.1.

**Клиническая классификация.** Выделяют *синдром Хаммена–Рича* — острый, подострый варианты идиопатического фиброзирующего альвеолита.

*По периоду разделяют фазы:* обострения и ремиссии.

**Осложнения:** спонтанный пневмоторакс, хроническое легочное сердце, легочная гипертензия, легочно-сердечная недостаточность, артритический синдром, эмболия легочной артерии.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Идиопатический фиброзирующий альвеолит, хроническое течение (муральная форма), фаза обострения. Код по МКБ–10 J84.1.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия (среднее давление в легочной артерии 55 мм рт. ст.), субкомпенсированное легочное сердце, хроническая ДН II степени, спонтанный правосторонний пневмоторакс.

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Идиопатический фиброзирующий альвеолит, хроническое течение, стадия формирования «сотового легкого». Код по МКБ–10 J84.1.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия (среднее АД 55 мм рт. ст.), декомпенсированное легочное сердце, сердечная недостаточность II–III степени, хроническая ДН III степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

### ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ПНЕВМОНИТ

**Определение.** *Гиперчувствительный пневмонит* (экзогенный аллергический альвеолит) — интерстициальное иммунопатологическое заболевание легких, характеризующееся воспалением легочной паренхимы, как правило, неинфекционного генеза, при котором в процесс вовлекаются стенки альвеол и дыхательные пути вследствие неоднократного вдыхания разнообразной органической пыли и других веществ.

**Код по МКБ–10** J67.

**Примеры формулирования клинического диагноза:**

**Пример 1.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Гиперчувствительный пневмонит (контакт с плесенью), острое течение. Код по МКБ–10 J67.8.

*Осложнения основного:* –

*Сопутствующие заболевания:* –

**Пример 2.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Основное заболевание комбинированное, сочетание:

1. Гиперчувствительный пневмонит, вызванный неуточненной органической пылью, хроническое течение, обострение. Интерстициальный фиброз легкого с сотовой дегенерацией. Код по МКБ–10 J67.9.

2. Бронхиальная астма, аллергическая IgE-опосредованная, средняя персистирующая, обострение. Код по МКБ–10 J45.

*Осложнения основного:* Вторичная легочная гипертензия (среднее АД 55 мм рт. ст.), декомпенсированное легочное сердце, сердечная недостаточность II–III степени, хроническая ДН II степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

*Комментарий.* В данном случае гиперчувствительный пневмонит сочетается с бронхиальной астмой.

### ТОКСИЧЕСКИЕ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПНЕВМОНИТЫ

**Определение.** *Токсические и лекарственные пневмониты* — интерстициальные заболевания легких, обусловленные токсическим влиянием на ткань легкого химических, радиационных факторов и некоторых лекарственных веществ.

**Код по МКБ–10** J68, J70.

**Пример формулирования клинического диагноза.** Диагноз заключительный клинический:

*Основной:* Экзогенный токсический альвеолит, острое течение. Код по МКБ–10 J68.

*Осложнения основного:* ДН II степени.

*Сопутствующие заболевания:* –

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. *Автандилов, Г. Г.* Оформление диагноза : учеб. пособие / Г. Г. Автандилов, О. И. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. Москва : Медицина, 2004. 304 с.
2. *Классификация,* клинические протоколы диагностики и лечения неспецифических болезней органов дыхания у детей : пособие / Е. Л. Богдан [и др.]. Минск : Проф. издания, 2013. 100 с.
3. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь [Электронный ресурс] : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 1 окт. 2007 г. № 792 // Белзакон. net. Режим доступа : <https://belzakon.net/Законодательство/Приказы/2007/102904>. Дата доступа : 20.10.2017.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Клинический диагноз: структура, диагностические понятия.....	3
Клиническая классификация неспецифических болезней легких у детей.....	11
Острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания легких.....	11
Пневмония.....	11
Бронхит.....	15
Острый (простой) бронхит.....	16
Острый обструктивный бронхит.....	16
Острый бронхиолит.....	17
Рецидивирующий бронхит.....	18
Хронический бронхит.....	19
Облитерирующий бронхиолит.....	21
Бронхоэктатическая болезнь.....	23
Плеврит.....	25
Бронхиальная астма.....	27
Бронхолегочная дисплазия.....	30
Наследственные заболевания легких.....	32
Идиопатическая (первичная) легочная гипертензия.....	32
Легочный альвеолярный микролитиаз.....	33
Легочный альвеолярный протеиноз.....	33
Первичная цилиарная дискинезия.....	35
Муковисцидоз.....	36
Дефицит $\alpha$ -1-антитрипсина.....	38
Наследственная геморрагическая телеангиэктазия.....	39
Идиопатический гемосидероз легких.....	40
Врожденные заболевания легких.....	41
Интерстициальные заболевания легких.....	42
Идиопатический фиброзирующий альвеолит.....	42
Гиперчувствительный пневмонит.....	43
Токсические и лекарственные пневмониты.....	43
Список использованной литературы.....	44

Учебное издание

**Бобровничай Владимир Иванович**

**ФОРМУЛИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО  
ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ  
ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Войтович  
Редактор Н. В. Оношко  
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 18.03.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,2. Тираж 60 экз. Заказ 162.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ

Репозиторий БГМУ