

ФОРМУЛЮВАННЯ ЛОР-ОНКОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Важливість правильного формулювання діагнозу полягає у тому, що він є медичним і соціально-юридичним документом. На підставі аналізу діагнозів проводиться висновок щодо якості надання медичної допомоги, вирішуються юридичні питання та питання страхової медицини, формується статистика захворюваності та смертності [5].

Діагноз (від грец. *diagnosis* – розпізнавання) – медичний висновок про стан здоров'я людини, яка обстежується, про виявлене захворювання (травму) або причину смерті, сформульований в термінах, передбачених прийнятими класифікаціями та відображеними в номенклатурі хвороб і причин смерті [1, 2, 5].

Клінічний діагноз може бути попереднім, етапним або заключним. Діагностика та формулювання клінічного діагнозу – одне з основних завдань лікаря. Залежно від клінічного діагнозу призначається відповідне лікування, яке може бути помічним і, навпаки, неефективним, якщо встановлюється помилковий діагноз. Повне і правильне оформлення діагнозу дозволяє адекватно проводити статистичний облік, уникнути скарг і судових справ. Сформований клінічний діагноз включає наступні рубрики: 1 – основне захворювання, 2 – ускладнення основного захворювання, 3 – супутні захворювання. Найбільшої уваги потребує формулювання основного захворювання, за яким ведеться статистичний облік захворюваності та причин смертності [2].

Основним в діагнозі вважається захворювання (травма), яке саме по собі або через

свої ускладнення є причиною звернення за медичною допомогою, причиною госпіталізації, обстеження та лікування пацієнта, втрати працездатності або причиною смерті [2, 5, 8]. Основне захворювання має відображати нозологічну форму, етіологію, стадію та активність процесу, клініко-анатомічний варіант, локалізацію і гістологічну форму [2]. У цій рубриці діагноз може складатися з однієї нозологічної форми (бути простим) і може об'єднувати декілька захворювань (комбінований). Слід уникати формулювання діагнозу з двох і більше основних захворювань, що ускладнює подальшу статистичну обробку медичної інформації [5]. Як правило, це є недоліком глибокого клінічного або клініко-морфологічного аналізу [1].

Ускладненнями основного захворювання вважаються патологічні процеси і стани, які патогенетично з ним пов'язані, обтяжують його перебіг та наслідки (навіть, до смерті), але не є обов'язковими. Ускладнення слід формулювати у патогенетичній та хронологічній послідовності [1, 2, 5]. Останнім вказується смертельний кінець. Слід відмічати як ускладнення онкохвороби, так і ускладнення, пов'язані з лікуванням. Наприклад, утворення нориці (при проростанні та розпаді пухлини), радіоепітеліт (при променевому лікуванні) та ін.

Супутніми захворюваннями вважаються такі нозологічні форми, які етіологічно і патогенетично не пов'язані з основним захворюванням і несуттєво впливають на його перебіг. У цій рубриці бажано зазначати всі виявлені нозологічні форми, оскільки деякі з них при загостренні чи несприятли-

вому перебігу можуть стати основним захворюванням [2].

Широке застосування нових інноваційних технологій та інвазійних методів, таких як катетеризація судин і застосування ендоскопії, збільшило кількість випадків ятрогенної патології. Взагалі, виділяють 3 категорії ятрогенної патології [7]:

I категорія – розвиток смертельної реакції, яка зумовлена неадекватною або помилковою дією лікаря і оцінюється як основне захворювання;

II категорія – розвиток реакції або ускладнення, коли дії медичного персоналу були за показами обґрунтовані та виникли за непередбачуваними обставинами, індивідуальними особливостями. У таких випадках ятрогенна патологія може бути віднесена як до основного захворювання, так і може бути ускладненням терапії.

III категорія – спостерігається розвиток реакції, яка не має патогенетичного зв'язку з основним захворюванням чи його ускладненням. У таких випадках ятрогенна патологія повинна бути записана, як супутнє захворювання.

Слід відмітити, що нерубріфікований заключний клінічний діагноз, незалежно від його вмісту, розцінюється як невірний оформлений [1, 5].

Формулювання діагнозу у клінічній онкології має ряд особливостей, котрі не зустрічаються у інших галузях клінічної медицини [9]. Так, діагноз онкологічного захворювання встановлюється один раз на все життя пацієнта. Навіть після повного одужання хворого у діагнозі змінюються лише його окремі складові. Це зумовлено тим, що у онкології існує диспансерний метод спостереження, і протягом всього життя пацієнтів ведеться їх облік. Також особливістю є обов'язкова морфологічна верифікація злоякісної пухлини. В особливих випадках, при її відсутності, діагноз встановлюється консиліумом лікарів з урахуванням ряду даних: клінічних, променевих, ендоскопічних, лабораторних тощо.

Структура онкологічного діагнозу має наступні складові:

1) назва пухлини (відповідно міжнародній морфологічній класифікації злоякісних новоутворень);

2) локалізація пухлини (вказують орган чи анатомічний відділ) та її поширення;

3) стадія захворювання з її відповідним формулюванням за TNM;

4) відмітка щодо проведеного лікування хворого;

5) відмітка щодо динамічної зміни у відповіді пухлини на лікування;

6) ускладнення захворювання;

7) клінічна група, яка допомагає визначити подальші дії лікаря щодо пацієнта з діагнозом злоякісної пухлини.

Назва пухлини. Серед всіх злоякісних пухлин найчастіше спостерігаються епітеліальні (рак, карцинома) та сполучнотканинні (саркома). У діагнозі ці слова скорочуються до Cг (Ca) та Sa, відповідно. У випадках нез'ясованої гістологічної структури пухлини дозволяється тимчасово позначати «нео» («neoplasma») або «tr» («tumor»). Навпаки, при точній діагностиці дозволяється вказувати конкретний підвид пухлини. *Наприклад, «злоякісна гемангіоенцицитома» замість «ангіосаркома».*

Локалізація пухлини та її поширення. Шифр хвороби ставиться згідно міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). У більшості випадків, уражена ділянка органу за Паризькою анатомічною номенклатурою (PNA) є у рубриках МКХ-10 [5, 9]. При не співпадінні, слід писати локалізацію пухлини за PNA, але для кодування підібрати рубрику за МКХ-10, яка найбільше відповідає даному випадку. *Наприклад, у діагнозі зазначено «рак носової перегородки» але ставиться код рубрики C30.0 «порожнина носа».*

Правило заповнення кодової таблиці за МКХ-10 для кодів з 4 та 3-ма знаками [5]:

вірно	C	32.	1	
не вірно	C	32	.	1

вірно		C	0	1
не вірно	C	01		

Коротку інформацію про поширення злоякісної пухлини можна отримати з опису за TNM. Кожна категорія «Т», «N» та «М» вказує можливу зону ураження. Однак, у конкретного хворого поширення пухлини

може бути не на всі ділянки, що вказані при зазначеному TNM. Тому уточнення про поширення пухлини у конкретного хворого допоможе лікарю швидше сформулювати уяву про дане захворювання. *Наприклад, «Cr правої голосової складки, I стадія, $T_1N_0M_0$, II клін. група» або «Cr правої голосової складки з поширенням на передню комісуру, I стадія, $T_0N_0M_0$, II клін. група».*

Слід уникати неточних за суттю та локалізацією висловів, таких як *наприклад, при раку гортані: «тотальної локалізації» або «серединно-вестибулярної локалізації».* Досить складно визначити висхідний відділ при поширенні пухлини на 2-3 відділи гортані при 3-4 стадіях. В такому разі, у МКХ-10 є підрубрика «.8» (ураження, що виходить за межі однієї з локалізацій, зазначених вище). Але у більшості випадків є можливість з'ясувати первинну локалізацію пухлини з анамнезу, коли пацієнт розповідає про перебіг хвороби. Так, у хворого на рак вестибулярного відділу з'являються скарги на дискомфорт у горлі. У випадках, коли пухлини поширюється або вражає середній відділ гортані відбувається погіршення голосу. Іноді хворий не повідомляє про зміну голосу, але відмічає, що погіршилась розбірливість його мови при спілкуванні по мобільному телефону, так званий «стільниковий» симптом, описаний Д.А. Кравченко [3]. Отже, необхідно вказати локалізацію пухлини у органі за кодами МКХ-10.

Стадія захворювання – клініко-морфологічний ступінь поширеності пухлини, що визначається на момент початку спеціального лікування хворого. Тобто, відразу після завершення діагностичного обстеження (КТ, МРТ, УЗД тощо). В подальшому стадія захворювання не змінюється взагалі. Стадія встановлюється на підставі оцінки поширеності пухлини за міжнародною класифікацією TNM. При цьому враховують показники [9]:

T (tumor), що характеризує первинну пухлину (градації: 0, 1, 2, 3, 4);

N (noduli) – характеристика регіонарних метастазів у лімфовузлах ший (градації: 0, 1, 2, 3);

M (metastasis) – наявність віддалених метастазів (градації: 0, 1).

За класифікацією TNM оцінка пухлини відбувається двічі: до операції та після неї. Після операції дописують символ «р» і вона стає постхірургічною або патогістологічною класифікацією – pTNM. Існують і інші символи: G – гістологічне диференціювання пухлини, V – інвазія пухлиною вен, R – резидуальна (залишкова) пухлина, у – коли застосовували променеву або хіміотерапію, г – при оцінці рецидивної пухлини та інші символи. Ще є символ «С», який вказує, на підставі чого встановлено діагноз злоякісної пухлини: C1 – тільки клінічні дані, C2 – спеціальні інструментальні, C3 – діагностичної операції, C4 – дані радикальної операції, C5 – аутопсійні дані.

Означене поєднання градацій символів TNM становить певну стадію. *Наприклад, $T_1N_0M_0$ – перша стадія, $T_4N_1M_0$ – четверта стадія.*

Застосування символів «С», «R», «у», «г» та інших має свої особливості. Наприклад, хворого на низькодиференційований рак з $T_3N_0M_0G_3$ було проліковано – променева або хіміопроменева терапія (символ «у») та радикальна операція (символ «р»). Також вказується те, що ці дані отримані під час операції (C4). Остаточний вигляд буде – *ур $T_3N_0M_0G_3C_4$* . У випадках появи рецидиву, метастазів пухлини додаються символи «Т», «N» та «М» без відміток про подальше лікування хворого. Наприклад, в умовного хворого з *ур $T_3N_0M_0G_3C_4$* було виявлено рецидив пухлини, що відповідає категорії «Т1» – *ур $T_3rT1N0M0G3C4$* . Враховуючи те, що таких повторних подій може бути декілька, кодування за TNM буде складно «прочитати». До того ж, незрозумілою стане черговість цих фактів. Втрачається хронологія подій. Тому, як кращий варіант, слід обмежитись написанням першого встановленого коду TNM. Подальший перебіг хвороби та її терапію вказати у вигляді переліку фактів по тексту основного захворювання. Наприклад, основне захворювання: *Cr лівої гайморової пазухи. III ст., $T_3N_0M_0$. Стан після комбінованого лікування. Рецидив, клін. група II.*

Обов'язковою у діагнозі є відмітка щодо **проведеного лікування хворого та динаміки пухлинного росту.** У тих рубриках діагнозу, де вписано захворювання, за-

значають методи лікування, які проводили щодо саме цього захворювання. Одні автори рекомендують вказувати одразу повну назву операції або методу лікування [1, 5]. *Наприклад, Cr середнього відділу гортані зліва. III стадія, T₃N₀M₀. Операція ларингектомія. II клін. група.*

Інші автори дозволяють писати вислови «стан після ларингектомії», «стан після курсу променевої терапії», «стан після комбінованого лікування» та ін. [4, 9]. Також можливе позначення у тексті діагнозу продовження хвороби (prolongatio morbi), рецидиву або метастазу [4, 9]. Поява пухлини протягом 4 тижнів після її повного регресу, вважається продовженням хвороби, а після 4 тижнів – рецидивом. Часткова відповідь або стабілізація пухлини під час лікування або після нього описується як «продовження хвороби» або «залишкова пухлина» [9]. *Наприклад, «Cr задньої стінки носоглотки з метастазами у лімфатичні вузли ший двобічно. III ст., T₁N₂M₀. Стан після курсу поєднаної хіміопроменевої терапії. Залишкові метастази у лімфатичні вузли ший зліва, клін. група II».*

Відомо, що при злоякісних новоутвореннях ЛОР-органів регіонарні лімфатичні вузли розташовані на ший і позначаються літерою «N» за TNM-класифікацією. Можливо, є сенс замінити довге словосполучення «у лімфатичні вузли ший» на «N» або «N ший».

Ускладнення захворювання можуть бути наслідком росту пухлини (стеноз, кровотеча, порушення гемодинаміки, кахексія та інше) та від дії протипухлинного лікування (радіоепітеліт, лейкопенія, утворення стоми та інше). Перелік ускладнень відмічається у тексті основного захворювання. *Наприклад, «Cr правого піднебінного мигдалика. II ст., T₂N₀M₀. Стан після курсу променевої терапії. Радіоепітеліт, клін. група II».*

Клінічна група є фактично групою диспансерного спостереження. Вона може змінюватись протягом життя пацієнта. Є такі клінічні групи пацієнтів [9]:

IA – із захворюванням, яке підозріле на злоякісне новоутворення. У тексті діагнозу вказують «Suspicio» (лат. – «підозра») або «клінічно...». *Наприклад, «Susp. Cr лівої гайморової порожнини, клін. група I A».*

Протягом 10 діб ці пацієнти повинні бути обстежені та зняті з обліку (при непідтвердженому діагнозі) або переведені до іншої клінічної групи (у разі виявленого новоутворення).

IB – із передпухлинними захворюваннями. Підлягають оздоровленню.

II – зі злоякісними новоутвореннями, які підлягають спеціальному (радикальному) лікуванню з прогнозом на одужання або тривалу ремісію.

IIA – підлягають радикальному лікуванню.

III – практично здорові особи після проведеного радикального лікування злоякісної пухлини, у яких немає рецидиву та метастазів. Підлягають динамічному спостереженню та профілактичному лікуванню.

IV – із занедбаною стадією хвороби, які підлягають симптоматичному або паліативному лікуванню.

Одразу після проведеного радикального лікування у діагнозі пишуть «клінічна група II». Оцінити результат лікування можна за даними КТ. Лише при відсутності рецидиву та метастазів пухлини, можна писати «клінічна група III». Відомо, що КТ доцільно робити якнайменше через 3 міс. після закінчення променевої терапії. Зміну ж клінічної групи у пацієнта краще проводити після встановлення йому групи інвалідності на медично-соціальній експертній комісії.

Інколи спостерігаються стани, коли у хворого є 2 та більше онкологічних захворювань. Вони можуть бути синхронними (такі, що виникли і були діагностовані одночасно) та метакронними (коли одна пухлина виникла через певний проміжок часу після іншої). Такі стани називають **первинно-множинні злоякісні новоутворення** [9]. У МКХ-10 для таких злоякісних новоутворень (синхронних або метакронних двох та більшої кількості пухлин), що не входять у групу новоутворень лімфоїдної, кровотворної та спорідненої з ними тканин, застосовують код C97 – «злоякісні новоутворення самостійних первинно-множинних локалізацій» [1].

Наприклад, основне захворювання: Первинно-множинний синхронний рак:

1. Рак лівого піднебінного мигдалика (гістологічно – ..., біопсія №, дата). ($T_2N_0M_0$).

2. Рак пілоричного відділу шлунку (гістологічно – ..., біопсія №, дата). Метастази раку у перигастральні лімфатичні вузли ($T_4N_1M_0$) (C97).

У випадку з множинними синхронними пухлинами у одному органі оцінюють пухлину з найбільшою Т-категорією, а множинність та число пухлин вказують додатково: наприклад, $T_2(m)$ або $T_2(5)$. У випадку з синхронними білатеральними пухлинами парних органів кожна з пухлин класифікується окремо. Слід зазначити, що при невриномах (так само, як і при пухлинах щитоподібної залози, печінки, нефробластомах) множинність є критерієм Т-категорії [9]. При метакронних пухлинах виставляють два чи більше діагнозів для кожної пухлини окремо і пишуть їх у рубриці «основне захворювання».

Наприклад, основне захворювання:

Первинно-множинний метакронний рак:

1. Рак задньої стінки гортаноглотки (ПГЗ №, дата, плоскоклітинний зрговілий рак). ($T_3N_0M_0$).

2. Рак правої нирки ($T_2N_0M_0$) (світлоклітинна аденокарцинома – гістологічно). Операція нефректомії справа (дата) (C97).

Ускладнення основного захворювання: Кровотеча з пухлини глотки.

Супутнє захворювання: Хронічний бронхіт.

Наведене формулювання діагнозу та деякі міркування з цього приводу слід сприймати як інформацію про варіанти викладення основного захворювання. Взагалі, формулювання діагнозу повинне бути зрозумілим, щоб виключати можливість різних тлумачень. Діагноз є результатом та показником праці лікаря і свідомством рівня його професійної кваліфікації [5]. Слід пам'ятати, що заключний клінічний діагноз є медичним і соціально-юридичним документом.

Література

1. Зайратьянц ОВ, Кактурский ЛВ. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Медицинское информационное агентство; 2011. 576 с.
2. Зербіно ДД, Гичка СГ, Рибка ВМ. Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему. Укр. мед. часопис. 2009VII/VIII;4(72):45-7.
3. Кравченко ДА. Скарги хворих та «сотовий» тест як ознака раку середнього відділу гортані. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2015;(6):82-6.
4. Кривенко ВІ, Пахомова СП, Федорова ОП, Колесник МЮ, Непрядкіна ІВ, Качан ІС. Основи формулювання клінічного діагнозу та визначення умов надання медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями внутрішніх органів: навчальний посібник. Запоріжжя: Тандем; 2017. 432 с.
5. Пальцев МА, Автандилов ГГ, Зайратьянц ОВ, Кактурский ЛВ, Никонов ЕЛ. Правила формулировки диагноза. Часть 1. Общие положения. Москва: Росздравнадзор, ММА им. И.М. Сеченова, МГМСУ, НИИ морфологии человека РАМН; 2006. 79 с.
6. Переводчикова НИ, редактор. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. 2-е изд., доп. Москва: Практическая медицина; 2005. Часть I, Глава I; с. 28-31.
7. Тусупбекова ММ. Принципы сличения и рубрификации клинического и патологоанатомического диагнозов. Медицина и экология. 2009;(1):132-8.
8. Франк ГА, Зайратьянц ОВ, Мальков ПГ. Формулировка патологоанатомического диагноза. Общие правила. Клинические рекомендации. Москва; 2017. 20 с.
9. Яремчук АЯ, Зотов АС. Диагноз в клинической онкологии. Киев; 1999. 16 с.

References

1. Zayratyants OV, Kaktursky LV. The formulation and comparison of clinical and pathoanatomical diagnoses: a Handbook. 2nd edition. Moscow: Medical Information Agency; 2011. 576 p. [In Russian].
2. Zerbino DD, SG Plant, Fish VM. The formulation of clinical and pathoanatomical diagnoses: a modern approach to the problem. *Ukrainskyi medychnyi chasopys* . 2009VII/VIII;4(72):45-7. [Article in Ukrainian].
3. Kravchenko D.A. Complaints of patients and «cell» test as a symptom of cancer of the middle part of the larynx. *Zhurnal vushnykh, nosovykh i horlovykh khvorob*. 2015;(6):82-6. [Article in Ukrainian].
4. Krivenko VI, Pakhomova SP, Fedorova OP, Kolesnik MJ, Nepryadkina IP, Kachan IP. Basics of the formulation of a clinical diagnosis and determination of the conditions for the provision of medical care to patients with diseases of internal organs: a tutorial. Zaporozhye: Tandem; 2017. 432 p. [In Ukrainian].
5. Fingers MA, Avtandilov GG, Zayratyants OV, Kaktursky LV, Nikonov EL. Rules for formulating the diagnosis. Part 1. General Provisions. Moscow: Roszdravnadzor, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow State University of Medicine and Dentistry, Research Institute of Human Morphology RAMS; 2006. 79 p. [In Russian].
6. Perevodchikova NI, editor. Guidelines for the chemotherapy of tumor diseases. 2nd edition. Moscow: Practical medicine; 2005. Part I, Chapter I; p. 28-31. [In Russian].
7. Tusupbekov MM. Principles of comparison and categorization of clinical and pathoanatomical diagnoses. *Medicine and ecology*. 2009; (1): 132-8. [Article in Russian].
8. Frank HA, Zayratyants OB, Malkov PG. The formulation of the pathoanatomical diagnosis. General rules. Clinical guidelines. Moscow; 2017. 20 p. [In Russian].
9. Yaremchuk AY, Zotov AU. Diagnosis in clinical oncology. Kiev; 1999. 16 p. [In Russian].

Надійшла до редакції 12.01.2019

© Ю.О. Сережко, 2019