

## ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>, г. Минск,  
Военно-медицинское управление Министерства обороны Республики Беларусь<sup>2</sup>,  
Министерство здравоохранения Республики Беларусь<sup>3</sup>,  
Республика Беларусь

В статье приведены результаты анализа клинических диагнозов 195 пострадавших при взрыве на станции «Октябрьская» Минского метрополитена 11 апреля 2011 года, обратившихся за медицинской помощью в день теракта. Целью исследования была оценка соответствия диагнозов основным принципам построения и формулировки диагноза у пострадавших с взрывной травмой. В результате анализа выявлены наиболее распространенные неточности в построении диагнозов, а также в описании морфологических характеристик повреждений. Установлено, что наибольшие сложности у врачей-специалистов вызывает выделение понятий «сочетанная» и «комбинированная» травма. Особое внимание уделено сохранению в заключительном диагнозе клинической характеристики тяжести состояния раненых. Показана необходимость знания особенностей патогенеза взрывных повреждений и основных принципов их классификации для правильной формулировки диагноза.

*Ключевые слова:* клинический диагноз, взрывная травма

The analysis results of clinical diagnoses of 195 victims of the explosion at the station, “Ochyabrskaya” of Minsk subway in April 11, 2011 who sought for the medical help on the attack day are presented in the article. The aim of the study is to evaluate the compliance of diagnoses to the basic principles of construction and formulation of diagnosis in patients with the explosive trauma.

As a result of this analysis the most common errors in the construction of diagnoses have been revealed as well as in the description of the morphological characteristics of lesions. The most common problems in medical specialists have been found out to cause the discrimination of the terms “mixed” and “combined” trauma.

Particular attention is paid to the preservation of clinical characteristics of the state severity of the wounded in the final diagnosis. The necessity of knowledge of pathogenesis of the explosive injuries and basic principles of their classification for the correct formulation of the diagnosis has been shown.

*Keywords:* clinical diagnosis, explosive trauma

**Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (4): 118-121**  
**Clinical diagnostics compiling in victims with explosive trauma**  
**A.P. Trukhan, S.A. Zhidkov, V.E. Korik, I.I. Pikirenya**

### Введение

Одной из важнейших задач врача является своевременное, грамотное, стандартизированное в соответствии с общепринятыми требованиями ведение документации, формулировка диагноза и его обоснование. Диагноз болезни необходим не только в качестве ведущего ориентира при проведении лечения, но и для оценки прогноза заболевания и организации медицинской помощи. История болезни, выписной эпикриз и другая документация являются теми документами, на основании которых делается заключение о работе врача, уровне его квалификации [1].

Заключение врача о сущности патологического процесса излагается по принципиально единой схеме и выражается в клиническом или патологоанатомическом диагнозе. Знание принципов построения и оформления диагно-

за имеет большое значение для медицинской практики, так как сформулированный диагноз является обоснованием к выбору методов лечения пациента и профилактических мероприятий [2]. Построение диагноза или его формулировка, с точки зрения логической правильности и обоснованности, является одним из ключевых аспектов в лечении [3].

Исходя из принятых принципов построения, диагноз состоит из трех рубрик [1, 2, 4]:

- основное заболевание;
- осложнения основного заболевания;
- сопутствующие заболевания.

Такое построение удобно для восприятия диагноза и последующей статистической обработки.

Проблема правильного оформления диагноза менее значима, если пациент от момента обращения до полного выздоровления находится в одном учреждении здравоохранения.

В этом случае различный подход к построению и формулировке диагноза доставляет неудобства лишь при последующей статистической обработке результатов лечения. Однако, при необходимости перевода пострадавшего в другое учреждение здравоохранения (например, после стабилизации общего состояния для получения специализированной помощи) эти разногласия могут вызвать определенные сложности. Так, может потребоваться большее время для понимания диагноза, для определения характера повреждений и причин тяжести состояния пострадавшего. Все это может затруднить работу медицинского персонала, а в ряде случаев потребовать выполнения повторных, «дублирующих» обследований, что недопустимо в условиях поступления большого количества раненых и пострадавших. Именно поэтому одним из принципов военно-полевой хирургии, который лег в основу медицины катастроф, является единый взгляд на оформленные медицинской документации и построение диагноза [5, 6].

Таким образом, большое значение имеет не только обследование пострадавших и определение лечебно-эвакуационных мероприятий, но и оформление медицинской документации по единым принципам.

**Цель** работы: провести анализ построения клинического диагноза у пострадавших с взрывной травмой вследствие террористического акта.

### Материал и методы

Работа проводится в рамках научно-исследовательских работ кафедры военно-полевой хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» «Оптимизация оказания помощи при боевой хирургической травме» (№ 3.07.10) и «Разработать и внедрить новые инновационные методы диагностики и комплексного лечения пациентов с острой и хронической хирургической патологией» (№ 20110630).

Работа основана на анализе заключительных клинических диагнозов 195 пострадавших при террористическом акте на станции «Октябрьская» Минского метрополитена 11 апреля 2011 года, доставленных в организацию здравоохранения города Минска, оказывающих стационарную помощь, в день взрыва. Исследование проводится по согласованию с председателем Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета В.И. Сиренко. Анализ первичной документации проводился по разрешению главных

врачей учреждений здравоохранения (1-я ГКБ, 2-я ГКБ, 3-я ГКБ имени Е.В. Клумова, 4-я ГКБ имени Н.Е. Савченко, 5-я ГКБ, 6-я ГКБ, 9-я ГКБ, 10-я ГКБ, 11-я ГКБ, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минская областная клиническая больница, Городской клинический родильный дом 2, ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии»). Исследовательская работа в ведомственных лечебных учреждениях проводилась по согласованию с вышестоящим командованием (в ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр» – с Военно-медицинским управлением Министерства обороны, в ГУ «Республиканский госпиталь Министерства внутренних дел» – с Департаментом финансов и тыла Министерства внутренних дел). В качестве первичной медицинской документации использовали ксерокопии статистических карт и выписных эпикризов госпитализированных, ксерокопии осмотров врачей приемного отделения пострадавших, направленных на амбулаторное лечение либо переведенных в другое учреждение здравоохранения. Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи программы «Excel».

### Результаты и обсуждение

Прежде чем приступить к обсуждению полученных результатов, считаем необходимым отметить, что выявленные недочеты в формулировке диагнозов являются недостатками, прежде всего, с точки зрения военно-полевой хирургии (и медицины катастроф). Они не влияли на качество оказания помощи пострадавшим, однако в определенных ситуациях (при переводе в другое учреждение здравоохранения) могли затруднять работу медицинского персонала.

Алгоритм формирования диагноза при боевой хирургической травме состоит из трех частей:

- первая – морфологическая характеристика травмы, описывающая ее тяжесть, характер и локализацию;
- вторая – характеристика жизнеугрожающих последствий;
- третья – клиническая характеристика тяжести состояния раненых и пострадавших (травматический шок, острая дыхательная недостаточность, травматическая кома, острая сердечная недостаточность, терминальное состояние и т.д.) [5].

Анализ клинических диагнозов у данной категории пострадавших необходимо начать с их структуры и порядка построения.

На первом месте в клиническом диагнозе у пострадавших должна была стоять фраза «минно-взрывная травма» или «взрывная травма», так как патогенез и, соответственно, течение и принципы лечения огнестрельных и неогнестрельных травм и ранений существенно отличается. Однако данная формулировка присутствовала лишь у 65 из 195 пострадавших вследствие взрыва, поступивших в день теракта. Еще в 7 случаях при описании характера ранений употреблялся термин «огнестрельные». Конечно, не все повреждения у данных пострадавших были обусловлены непосредственно взрывом, тем более что не всегда возможно точно это определить. Однако по нашему мнению, данная формулировка должна была встречаться чаще, тем более что она имеет определенное юридическое значение.

При комбинированной травме (когда повреждения обусловлены несколькими поражающими факторами взрыва) необходимо в начале диагноза указывать «Комбинированная травма». Данная формулировка встречалась в 6 диагнозах и применялась в случаях выявления у одного пострадавшего термических и механических (осколочных) повреждений, хотя данная комбинация факторов встречалась у 14 пострадавших. Более того, необходимо учитывать воздействие и других факторов (бароакустический, психогенный факторы, токсическое действие продуктов взрыва). По нашим данным, комбинированные повреждения были у 35,4% пострадавших (69 из 195).

Определенные особенности формулировки диагноза существуют при сочетанной травме (когда есть повреждения двух и более анатомических областей: голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности). В начале указывается термин «Сочетанная травма» с указанием общей тяжести травмы. Данный термин встречался в диагнозах 15 пациентов, хотя сочетанная травма, по нашим данным, была у 92 из 195 пострадавших (47,2%). Более того, в одном случае термин «сочетанная травма» применялся в том случае, когда имелись повреждения только одной анатомической области — головы (акустическая травма обеих ушей, травматическая перфорация правой барабанной перепонки, ЗЧМТ легкой степени, сотрясение головного мозга, ранения лица, контузия 1 степени правого глаза).

Затем должны перечисляться анатомические области, где имеются повреждения. Например: «Сочетанная травма головы, груди, конечностей». Данное описание анатомических областей встречалось в 2 диагнозах, что составило 13,3% диагнозов с указанием соче-

танной травмы.

После этого описываются морфологическая характеристика повреждений для каждой анатомической области. В указании повреждений есть свои особенности. Необходимо перечислять повреждения в строгой последовательности: голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности. При этом были выявлены следующие недостатки. В ряде случаев на первое место выносился диагноз, определяющий профиль отделения, куда был госпитализирован пострадавший. Соответственно при переводе в другое отделение либо в другое учреждение здравоохранения возникает необходимость изменять диагноз. Другой подход связан с указанием на первом месте наиболее тяжелого, по мнению врача, повреждения. С одной стороны, понятно желание врачей сразу при ознакомлении с диагнозом акцентировать внимание на наиболее тяжелых травмах и ранениях. Однако взрывная травма характеризуется множественностью повреждений, при этом не всегда можно предугадать, какое же из них будет определять исход лечения. Поэтому данный подход также приведет к необходимости «переписывания» диагноза по мере доминирования последствий того или иного повреждения.

Более того, перечисление повреждений в произвольном порядке затрудняет восприятие клинической картины, особенно если приходится последовательно читать несколько диагнозов.

После указания морфологических признаков повреждений следует перечислить жизнеугрожающие последствия травмы, т.е. состояния, которые являются естественным следствием повреждений и приводят к гибели пострадавшего в ближайшее время (например, напряженный пневмоторакс, продолжающееся внутрибрюшное кровотечение и т.д.). Указание данных последствий помогает после обследования при наличии множественной патологии выделить наиболее приоритетные направления лечебных мероприятий, необходимых для спасения жизни пострадавшего.

Завершать диагноз необходимо указанием клинической характеристикой тяжести состояния раненого (например, травматический шок, геморагический шок, острая дыхательная недостаточность, терминальное состояние и т.д.). Эта часть диагноза отражает динамический, постоянно изменяющийся в процессе лечения параметр травмы, поэтому и формулировка ее может изменяться. Часто при формулировке заключительного клинического диагноза эта часть диагноза опускается, так как

состояние пациента при выписке (перевод в другое учреждение здравоохранения) уже стабильное. Так, формулировка «травматический шок» была указана у 17 пострадавших, хотя встречаемость шокового состояния при поступлении у пострадавших была более частой. По нашему мнению, важно сохранять данную часть диагноза при его окончательной формулировке, так как при переводе пациента в другую организацию здравоохранения это поможет лучше понять характер патологических изменений, например, тяжесть течения травматической болезни.

Также встречались погрешности в описании морфологической характеристики повреждений. В 16 диагнозах употребляли термин «оскольчатые ранения» (35,6% осколочных ранений), хотя в данной ситуации должен применяться термин «осколочное ранение», а термин «оскольчатый» употребляется при переломах костей.

В 3 случаях встречалась формулировка «проникающее ранение брюшной полости». Так как брюшная полость является, по сути, пустым пространством, то и ранения его быть не может. Поэтому лучше говорить о ранении органов брюшной полости, хотя в данной ситуации более приемлема формулировка «Проникающее ранение живота с повреждением полых и (или) паренхиматозных органов (без повреждения органов брюшной полости)».

К сожалению, в единичных случаях употреблялся термин «тупая травма груди» и «тупая травма живота». Считаю недопустимым данную формулировку, как свидетельствующую о полном незнании какой-либо классификации травм. Выделяют закрытые травмы (при целостности кожного покрова и слизистых) и ранения (при их повреждении, т.е. при наличии раны). Поэтому в данных случаях необходимо было употребить термины — «закрытая травма груди» и «закрытая травма живота».

Таким образом, клинические диагнозы у данных пострадавших, в целом, были построены правильно, в соответствии с принятыми требованиями. Однако во многих из них были допущены неточности, что может затруднять

работу медицинского персонала при массовом поступлении пострадавших вследствие чрезвычайной ситуации.

### Выводы

1. При оказании помощи большому количеству пострадавших, их обследовании и лечении необходимо придерживаться единых принципов построения клинического диагноза.

2. Существуют определенные трудности при формировании диагноза у пострадавших с взрывной травмой мирного времени.

3. Для правильной формулировки диагноза при взрывной травме необходимо четкое представление об особенностях патогенеза данного вида повреждений, а также об основных принципах их классификации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Оформление диагноза : учеб. пособие / Г. Г. Автандилов, О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. — М. : Медицина, 2004. — 304 с.
2. Амбалов Ю. М. Терминология диагноза : справ. пособие) / Ю. М. Амбалов, М. А. Пройдаков, В. П. Кузнецов. — Ростов н/Д : РГМУ, 2001. — 12 с.
3. Бойко Ю. Г. Теоретические основы и принципы построения диагноза / Ю. Г. Бойко, Н. Ф. Силяева // Мед. новости. — 1998. — № 8. — С. 30–33.
4. Военно-полевая хирургия : нац. рук. / под ред. И. Ю. Быкова, Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 816 с.
5. Мусалатов Х. А. Хирургия катастроф : учебник / Х. А. Мусалатов. — М. : Медицина, 1998. — 592 с.
6. Принципы оформления и структуры диагноза. Медицинское свидетельство о смерти : учеб.-метод. пособие / Т. И. Мустафин [и др.]. — Уфа : Башгосмедуниверситет, 2003. — 60 с.

### Адрес для корреспонденции

220034, Республика Беларусь  
г. Минск, ул. Азгура, д. 4,  
УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»,  
военно-медицинский факультет,  
кафедра военно-полевой хирургии,  
тел. моб.: +375 44 733-10-58,  
e-mail: aleksdoc@yandex.ru,  
Трухан Алексей Петрович

### Сведения об авторах

Трухан А.П., к.м.н., майор медицинской службы, ассистент кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет».  
Жидков С.А., д.м.н., профессор, полковник медицинской службы, начальник военно-медицинского управления Министерства обороны Республики Беларусь.

Корик В.Е., к.м.н., доцент, полковник медицинской службы, начальник кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Пикирения И.И., к.м.н., доцент, главный хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Поступила 22.05.2012 г.