

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист патологоанатом
Департамента здравоохранения
города Москвы
д.м.н., профессор



О.В.Зайратьянц
«15» мая 2019 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамент здравоохранения
города Москвы № 8

«02» июля 2019 г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС I. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Методические рекомендации № 45

Москва 2019

**О.В.Зайратьянц, Е.Ю.Васильева, Л.М.Михалева, А.С.Оленев,
С.Н.Черкасов, А.Л.Черняев, Н.А.Шамалов, А.В.Шпектор**

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС I. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Москва 2019

УДК _____
ББК _____
С _____

Организация-разработчик: ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, ФГБУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии» ФМБА России, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека», ФГАО ВО РУДН, ФГБУ «Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта» Минздрава России, Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: доктор медицинских наук, профессор О.В.Зайратьянц, доктор медицинских наук, профессор Е.Ю.Васильева, доктор медицинских наук, профессор Л.М.Михалева, кандидат медицинских наук, доцент А.С.Оленев, доктор медицинских наук С.Н.Черкасов, доктор медицинских наук, профессор А.Л.Черняев, доктор медицинских наук, профессор А.Н.Шамалов, доктор медицинских наук, профессор А.В.Шпектор

Рецензенты:

Член-корреспондент РАН, научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», Президент Российского общества патологоанатомов, доктор медицинских наук, профессор **Л.В.Кактурский**

Заслуженный деятель науки РФ, директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **А.Л.Вёрткин**

Заведующий сектором координации научных исследований и информации ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», доктор медицинских наук **Д.О.Мешков**

Предназначение. Данные методические рекомендации предназначены для главных специалистов органов здравоохранения; руководителей лечебно-профилактических учреждений, врачей-патологоанатомов и клиницистов различных специальностей, специалистов по медицинской статистике; студентов медицинских вузов старших курсов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

Нормативные и распорядительные документы

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Приказ Минздрава России от 27.05.1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10»

Приказ Минздрава России от 07.08.1998 г. № 241 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в связи с переходом на МКБ-10».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. №782н (в редакции приказа от 27.12.2011 № 1697н) «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

Письма Минздрава России: от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10», от 05.10.2015 г. № 13-2/1112 «О кодировании состояний «Деменция» и «Старость» в качестве первоначальной причины смерти, от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента информационных технологий г. Москвы от 18 декабря 2017 г. № 886/64-16-759/17 «О порядке заполнения, выдачи и учета медицинских свидетельств о смерти в организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы с использованием обособленного сервиса «Регистрация фактов смерти» автоматизированной информационной системы г. Москвы «Единая медицинская информационно-аналитическая система г. Москвы»».

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 05 декабря 2018 г. № 825 «О дополнительных мерах по усилению контроля за полнотой и качеством оформления медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти»

Список сокращений

ИБС – ишемические болезни сердца (ИМ – инфаркт миокарда)

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра

МСС – медицинское свидетельство о смерти

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

СД – сахарный диабет

ХБП – хроническая болезнь почек

Введение

Методические рекомендации являются результатом консенсуса между патологоанатомами, клиницистами и медицинскими статистиками и направлены на повышение качества формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 (русскоязычных изданий 1995 г. – в тексте – МКБ-10-1995 и 2019 г. – в тексте – МКБ-10-2019) причин смерти, оформления медицинского свидетельства о смерти (МСС) с целью совершенствования статистики смертности населения.

Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти, оформления МСС в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», требованиями МКБ-10, методических рекомендаций Минздрава России и клинических рекомендаций Российского общества патологоанатомов. Правила формулировки диагнозов, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти могут изменяться в будущем по мере накопления новых научных знаний и совершенствования МКБ.

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются

едиными. Это обусловлено сходными правилами формулировки и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. *Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях*¹. Приведены примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и оформления МСС. В примерах диагнозов нозологические единицы, синдромы и патологические состояния, закодированные по МКБ-10, выделены полужирным шрифтом, это не требуется при оформлении диагнозов в медицинской документации.

Диагноз – один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, основа клинико-экспертной работы и управления качеством медицинских услуг, документальное свидетельство профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о смертности населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки диагнозов и оформления МСС. Особенно высока ответственность, возложенная на врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

Необходимость методических рекомендаций обусловлена применением в настоящее время в разных медицинских организациях различных рекомендаций по формулировке диагноза и кодированию причин смерти, а также оформлению МСС, не соответствующих положениям статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», рекомендациям Минздрава России и обновленной версии МКБ-10, в которую экспертами ВОЗ к 2019 г., после утверждения МКБ-10 Всемирной Ассамблеей здравоохранения в 1989 г., внесено более 5000 изменений и обновлений.

¹ Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского.— М.: «Практическая медицина», 2016;

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Диагноз (греч. διάγνωσις – распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

Диагноз должен быть:

- *структурно оформленным - рубрифицированным* (разделенным на унифицированные рубрики);
- *нозологическим* (каждая рубрика должна начинаться с нозологической единицы, если это невозможно – синдрома);
- *соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней* (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10),
- *развернутым*, содержать дополнительную (интранозологическую) характеристику патологических процессов (клинико-анатомическую форму страдания, тип течения, степень активности, стадию, функциональные нарушения), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;
- *этиологическим и патогенетическим* (если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет);
- *фактически и логически обоснованным* (достоверным);
- *своевременным и динамичным* (это касается заключительного клинического диагноза).

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является нозологический. Термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001¹:

1) **нозологическая форма (единица)** определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

2) **синдром** – это состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. В связи с этим недопустимо любое выхолащивание и упрощение диагноза, мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизованные формулировки, схемы или правила^{2,3}.

В российском здравоохранении принята общая структура диагноза, включающая следующие составные части, или рубрики²:

¹Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001».

²Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 2.

³Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского.— М.: «Практическая медицина», 2016;

Основное заболевание – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могут производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. *Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.*

Осложнения основного заболевания – это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически и/или этиологически связаны с основным заболеванием, утяжеляют его течение и, нередко, являются непосредственной причиной смерти, но не являются при этом его проявлениями.

Осложнение основного заболевания – это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушения целостности органа или его стенки, кровотечения, острой или хронической недостаточности функции органа или системы органов.

Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения – индивидуальны. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко определена. Например, синдромы портальной гипертензии при циррозе печени или вторичной легочной гипертензии с легочным сердцем при ХОБЛ

можно указывать как проявление основного заболевания, однако допускается перенос их в рубрику «Осложнения основного заболевания».

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – **смертельное осложнение**. Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет.

Смертельное осложнение рекомендуется указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», что облегчает его выбор для кодирования по МКБ-10 и перенос в соответствующую строку части I пункта 19 МСС, но нарушает патогенетическую или временную последовательность записи осложнений. Поэтому не является ошибкой их традиционное оформление в патогенетической или временной последовательности.

Ряд клинических синдромов, представленных в МКБ-10, имеют свой морфологический субстрат. Например, морфологическим субстратом и синонимом синдромов острой сердечной (левожелудочковой) (I50.1) и застойной сердечной недостаточности (I50.0) являются синдромы острого и хронического общего венозного полнокровия. Кроме того, в клинических классификациях и диагнозах для них существуют клинические синонимы – недостаточность кровообращения (НК определенной стадии). Также и синдромы острой (J96.0) и хронической респираторной (дыхательной) недостаточности (J96.1) характеризуются определенными морфологическими изменениями, а в клинических диагнозах обозначаются как дыхательная недостаточность (ДН определенной стадии).

В патологоанатомических (судебно-медицинских) диагнозах допустимо в рубрике «Осложнения основного заболевания» указывать клинический синдром, а затем представлять его морфологический субстрат.

При развитии острого общего венозного полнокровия на фоне хронического допустимо формулировать: «Мускатная печень, цианотическая индурация селезенки и почек. Острое общее венозное полнокровие: отек

легких, отек головного мозга» или «Общее венозное полнокровие: мускатная печень, цианотическая индурация селезенки и почек, отек легких, отек головного мозга». При перечислении проявлений хронического общего венозного полнокровия важно отметить, что истинная бурая индурация легких развивается обычно при пороках сердца и достаточно редко при хронической сердечной недостаточности другого генеза.

Структура так называемого «простого» диагноза (при отсутствии коморбидных заболеваний) должна быть представлена следующими рубриками¹:

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Осложнения основного заболевания.**
- 3. Сопутствующие заболевания.**

Нерубрифицированные заключительный клинический, патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению. Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как неверно оформленный.

Экспертами ВОЗ принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются для выбора основного состояния (заболевания, травмы) при анализе заболеваемости и смертности по единичной причине. Как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлась *наибольшая часть использованных ресурсов.*

¹Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»

Для *этапных клинических диагнозов* определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. *В связи с этим в процессе лечения больного основное заболевание может меняться.*

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие *первоначальной причины смерти*, которое определяется как: 1) болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или 2) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Смертельное осложнение (синдром или нозологическая единица), определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти - танатогенеза), определяется как *непосредственная причина смерти*. Таким образом, понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия *основного заболевания*, а понятие непосредственной причины смерти – аналогом *смертельного осложнения основного заболевания*.

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, в статистике причин смерти *не используются*, и потому, не кодируются по МКБ-10 в диагнозе, а в МСС *не выносятся* (примеры 1, 2). В качестве примеров здесь и далее представлены сокращенные патологоанатомические диагнозы и полностью оформленные МСС.

Пример 1

*Основное заболевание. Пневмония: пневмококковая (*Streptococcus pneumoniae* (J13.X) – бактериологическое исследование, номер, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом*

Осложнения основного заболевания. Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (J96.0) (или ДН ... ст., клинически). Острое общее венозное полнокривие, петехиальные кровоизлияния в плевру, перикард. Отек легких.

Сопутствующие заболевания. Постинфарктный кардиосклероз (локализация, размеры рубца). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза конкретных артерий). Лейомиома тела матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I: а) Острая респираторная недостаточность (J96.0).

б) Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae* (J13.X)¹.

в) —.

г) —.

Часть II: —.

Пример 2

Основное заболевание: **Постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз (I25.8)** (локализация, размеры рубца, дата перенесенного инфаркта миокарда, если известна, по данным медицинской карты). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно устья правой артерии до 75%)

Осложнения основного заболевания: **Хроническая (застойная) сердечная недостаточность (I50.0)**. Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отеки нижних конечностей. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий основания головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно передней и средней правых мозговых артерий до 25%). Старческая эмфизема (сенильная инволюция) легких.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I. а) Застойная сердечная недостаточность (I50.0).

б) Другие формы хронической ишемической болезни сердца (I25.8).

в) —.

г) —.

Часть II. —.

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Множественность заболеваний и причин смерти определяется как **коморбидность**. В МКБ-10 подчеркивается, что учет коморбидных заболеваний следует делать в соответствии с *местными правилами*, поскольку международных правил на этот счет не существует.

¹Рубрики без четырехзначной подрубрики при оформлении диагноза и МСС обязательно должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «X» (оставлять поле пустым, использовать цифру «9» или иные знаки категорически запрещается).

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как *прочие важные заболевания (состояния), потребовавшие оказания медицинской помощи, а при летальном исходе – способствовавшие смерти.* В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) указывают как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания в *дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание».* Они должны иметь *общие осложнения* с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Структура «сложного» диагноза при наличии коморбидности должна быть представлена следующими рубриками¹:

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания – при наличии)**
- 3. Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболеваний.**
- 4. Сопутствующие заболевания.**

Конкурирующее заболевание определяется как равноценная с основным заболеванием по тяжести течения нозологическая единица (заболевание или травма), потребовавшая оказания медицинской помощи, которой одновременно с основным заболеванием страдал больной (или умерший) и которая самостоятельно могла привести к смерти.

¹ Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского.— М.: «Практическая медицина», 2016;

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал больной (или умерший) и которая отягощала течение основного заболевания, потребовав оказания медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевания в отдельности не вызвали бы летального исхода.

Фоновое заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (нозологической единицы), отягощала его течение, потребовала оказания медицинской помощи и способствовала возникновению общих осложнений, при летальном исходе – смертельного осложнения.

При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие, ставшее причиной развития ятрогенного патологического процесса.

Коморбидные заболевания (конкурирующие, сочетанные и фоновые) обязательно должны быть отражены в части II п. 19 МСС как прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

В рубрике «Коморбидные заболевания» *не следует указывать более двух-трех нозологических единиц* (конкурирующих, сочетанных и фоновых заболеваний), превращая диагноз, фактически, в полипатию, что свидетельствует, обычно, о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и малопригодно для статистического учета.

При коморбидности в случае летального исхода, как и в заключительном клиническом диагнозе, при прочих равных условиях, предпочтение имеет и в рубрику «Основное заболевание» в диагнозе выставляется:

1) нозологическая форма, при летальном исходе имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим),

2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,

3) в случаях, когда применение пп.1-2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.),

- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям,

- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках диагноза), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения.

Необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания, и, в соответствии с требованиями МКБ-10, *считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.*

Не допускается:

- указывать в рубрике «Основное заболевание» те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод

лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику «Сопутствующие заболевания»);

- в рубриках «Основное заболевание», «Коморбидные заболевания» и «Сопутствующие заболевания» ограничиваться групповыми (родовые) понятиями, например, «ишемическая болезнь сердца» или «цереброваскулярные заболевания», или «хронические болезни почек», без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гломерулонефрит» и т.д.). В патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома и др.).

- употреблять в любой рубрике диагноза термины «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» вместо нозологических единиц. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе как нозологические единицы при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др. - в МКБ-10 имеются соответствующие коды);

- представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти органые поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы. Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз

аорты и артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета, наряду с микроангиопатией;

- в любой рубрике диагноза употреблять некорректные и неточные термины: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», «инфаркт-пневмония» и им подобные.

- употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие) (примеры 3, 4).

Пример 3

Основное заболевание: **Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)**

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Тромбоэмболия легочной артерии (I26.0).** Пристеночный организованный тромб в правом желудочке сердца. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких, головного мозга

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): киста в области..... Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце (I26.0)

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 4

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0)** (давность около 3-х суток, размеры очага некроза 5x3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (IV стадия, 3-я степень, стеноз до 50% левой артерии, нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб длиной 2 см левой передней нисходящей артерии)

Сочетанное заболевание: **(Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга I63.3)** (атеротромботический, размеры очага некроза 6x7 см). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (IV стадия, 2-я степень, стеноз до 50% правых внутренней сонной и средней мозговой артерии, нестабильная атеросклеротическая бляшка с кровоизлияниями и красный обтурирующий тромб длиной 1,5 см правой средней мозговой артерии)

Фоновое заболевание: **Почечная артериальная гипертензия (I15.1):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого – 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе

ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - 200 г.). ХБП, стадия 2 (клинически).

Осложнения основного заболевания: **Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1)**. Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Некротический нефроз. Отек легких. Отек головного мозга

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (IV стадия, 3-я степень).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1).

б) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (I21.0).

в) —.

г) —.

II. Ишемический инфаркт головного мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий (I63.3).

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза (Пример 5). В МСС реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, а также их осложнения не выносятся.

Пример 5

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0)** (давностью около 8 суток, размеры очага некроза 4x3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (IV стадия, 3-я степень, стеноз до 75% устья левой артерии, нестабильная, с разрывом покрышки, атеросклеротическая бляшка и обтурирующий красный тромб длиной 1,5 см левой передней нисходящей артерии)

Осложнения основного заболевания: **Кардиогенный шок (R57.0). Фибрилляция желудочков сердца (I49.0)** (клинически). Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (...суток), операция трахеостомии (дата), пункция и катетеризация левой подключичной вены (дата). Гематома мягких тканей в области левой подключичной ямки (размеры), пристеночный красный тромб в левой подключичной вене.

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария.

Атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз до 50% левой средней мозговой артерии), аорты (IV стадия, 3-я степень). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кардиогенный шок (R57.0)
 - б) Фибрилляция желудочков сердца (I49.0)
 - в) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (I21.0).
 - г) —.
- II. —.

МКБ-10 для специальных разработок (*но не при оформлении диагноза и МСС*) допускает двойное кодирование некоторых состояний, в частности, с использованием знаков крестик (†) и звездочка (*). В диагнозах и МСС использование подрубрик (кодов) со звездочкой (*) как самостоятельных категорически запрещается¹.

При травмах и отравлениях также применяют двойное кодирование: один код из класса XIX – код характера травмы, второй – код внешней причины (класс XX). В мировой статистике код внешней причины считается основным, а код характера травмы – дополнительным. В Российской Федерации при травмах и отравлениях используют оба кода как равнозначные. Данная методика не противоречит мировой статистике и позволяет подробно анализировать травмы и отравления¹.

Статистика причин смерти основана на концепции «основного состояния» («первоначальной причины смерти») и «непосредственной причине смерти». Запись причин смерти в МСС производится в строгом соответствии с установленными требованиями¹: в каждом подпункте (строке) **части I пункта 19** указывается только одна причина смерти, при этом, в зависимости от конкретного летального исхода могут быть заполнены:

¹Письмо Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» (вместе с "Рекомендациями по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти", утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н", "Рекомендациями по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055

- только строка подпункта а) - крайне редко, в виде исключения, когда само основное заболевание непосредственно привело к летальному исходу (пример 6);

Пример 6

Основное заболевание: **Острая коронарная смерть (I24.8)** (допустим термин «Внезапная коронарная смерть»). Очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Фибрилляция желудочков (по клиническим данным). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (II стадия, 3-я степень, стеноз до 50% ветвей левой и правой артерий, нестабильная атеросклеротическая бляшка с разрывом покрышки и кровоизлиянием в устье левой коронарной артерии)

Фоновое заболевание: **Гипертоническая болезнь (I11.9):** концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 360 г., толщина стенки левого желудочка – 2,0 см., правого – 0,3 см.), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты. Отек легких и головного мозга. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие формы острой ишемической болезни сердца (I24.8).

б) —.

в) —.

г) —.

II. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности (I11.9 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца без сердечной недостаточности (I11.9 – МКБ-10-2019)

- строки подпунктов а) и б) - когда имеются непосредственная причина смерти – смертельное осложнение в строке а) и первоначальная причина смерти – основное заболевание в строке б) (пример 7);

Пример 7

Основное заболевание: **Изъязвленный субтотальный рак желудка (C16.8)** с обширным распадом опухоли (биопсия – умереннодифференцированная аденокарцинома, №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень, легкие (T4N1M1).

Осложнения основного заболевания: Паранеопластический синдром (синдром гиперкоагуляции ...). Обтурирующий красный тромб ... коронарной артерии. **Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка типа 2 (I21.0). Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

б) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки (I21.0)

в) Злокачественное новообразование желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C16.8)

г) —.

II. —.

- строки подпунктов а), б) и в) - когда имеются непосредственная причина смерти – смертельное осложнение в строке а), «промежуточное» состояние, осложнение, приведшее к развитию смертельного, в строке б), и первоначальная причина смерти – основное заболевание в строке в) (пример 8).

Пример 8

Основное заболевание: **Рецидивирующий трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) (I21.2):** свежие (давностью около 3 суток – или дата, размеры) и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 суток, размеры) в области задней стенки и задней сосочковой мышцы левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (II стадия, 2-я степень, стеноз ветвей левой артерии до 50%, нестабильная, с кровоизлиянием и разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии).

Фоновое заболевание: **Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,2 см). Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (III стадия, 3-я степень, стеноз до 25% правой и обтурирующий организованный тромб левой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки.

Осложнения основного заболевания: **Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка (I23.5). Кардиогенный шок (R57.0)** (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. Респираторный дистресс-синдром.

Сопутствующие заболевания: Атеросклеротическая деменция (вид, другая характеристика — клинически), стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (IV стадия, 3-я степень).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0).

б) Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца (I23.5)

в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций (I21.2).

г) —

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Рекомендуется, по возможности, использовать последний вариант оформления части I пункта 19 МСС (заполнение строк а), б) и в), так как это

позволяют медицинскому статистику и другим специалистам увидеть всю «логическую последовательность» - логическую цепочку заболеваний и синдромов (состояний), приведших смерти, оценить правильность оформления МСС и, при необходимости, объективно внести коррекцию.

Категорически запрещается оставлять «пустые», незаполненные строки, например, строку б) при заполненных строках а) и в).

Строка подпункта г) части I пункта 19 в России при оформлении МСС предназначена для обстоятельств несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму, и заполняется только судебно-медицинскими экспертами, если причиной смерти являются травмы и отравления.

Однако из этого правила есть исключения. Например, при инфекционном эндокардите протезированного клапана, используют код Т82.6 («Инфекции и воспалительная реакция, связанные с протезом сердечного клапана») и дополнительную запись и код Y83.1 («Хирургические операции с имплантацией искусственного внутреннего устройства») в строке г) МСС. Сходные правила действуют и для осложнений при трансплантации органов.

Не рекомендуется включать в МСС в качестве непосредственной причины смерти (смертельного осложнения) симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти (танатогенеза), например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших¹.

¹Письма Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; Минздрава России от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10»; от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

Однако это не относится к синдромам острой сердечной (левожелудочковой) недостаточности (I50.1), хронической (застойной) сердечной недостаточности (I50.0), острой респираторной (дыхательной) недостаточности (J96.0), хронической респираторной (дыхательной) недостаточности (J96.1), хронической легочно-сердечной недостаточности (I27.8) и ряду других при различной патологии, соответственно, сердца и легких, которые важно отличать от механизмов танатогенеза.

Часть II пункта 19 МСС включает прочие причины смерти - коморбидные заболевания (конкурирующие, сочетанные и фоновые), указанные в соответствующей рубрике диагноза и, которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти.

В части II пункта 19 также указывают факты употребления алкоголя, наркотических средств (а также заболевания, связанные с ними), психотропных и других токсических веществ (содержание их в крови), даже если в диагнозе они указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания», а также произведенные хирургические операции (название, дата), если это предусмотрено программным обеспечением. Количество записываемых состояний в этой части МСС не ограничено¹.

Названия заболеваний, синдромов, состояний указываются в п.19 МСС в терминах из Тома I МКБ-10, независимо от того, применяется ли программное обеспечение или рукописный принцип заполнения бланка МСС¹.

Все указанные заболевания, синдромы (состояния) в частях I и II пункта 19 обязательно кодируются по МКБ-10 строго напротив их записи в графе МСС «Код по МКБ-10»¹.

¹Письма Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; Минздрава России от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10»; от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

В графе МСС «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой записи в частях I и II пункта 19 указывается период времени в минутах, или часах, или днях, или неделях, или месяцах, или годах. *При этом следует учитывать, что в части I пункта 19, период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже*¹. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

Записи в корешке МСС, остающемся в медицинской организации должны быть строго тождественными его отрывной части.

¹Письма Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; Минздрава России от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10»; от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

КЛАСС I. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ^{1, 2}

Общие подходы к формулировке патологоанатомического диагноза при инфекционных и паразитарных заболеваниях

Многие инфекционные и гнойно-воспалительные поражения разных органов и систем включены в МКБ-10 в другие классы заболеваний, поэтому название класса I не случайно начинается с термина «некоторые». Например, менингиты при бактериальных болезнях представлены в классе VI «Болезни нервной системы», грипп – в классе X «Болезни органов дыхания» и т.д.

Нозологические единицы из класса инфекционных и паразитарных болезней чаще являются основными заболеваниями. Однако, некоторые, например сепсис, могут быть как основным заболеванием (криптогенный, ятрогенный сепсис и т.д.), так и, преимущественно, осложнением основного заболевания. В отдельных случаях инфекционное заболевание может быть указано в рубрике «Сопутствующие заболевания» (например хронический вирусный гепатит С без признаков активности).

Наиболее частыми фоновыми заболеваниями для инфекционных и паразитарных болезней у взрослых являются сахарный диабет, алкоголизм и хроническая алкогольная интоксикация, хроническая наркомания, при которых подразумевается развитие вторичного иммунодефицитного синдрома. При формулировке диагнозов иммунологического подтверждения синдрома вторичного иммунодефицита не требуется и он в диагноз не включаться (пример 1).

¹ Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского.— М.: «Практическая медицина», 2016;

²Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов RPS4.1(2016) «Формулировка патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях (класс I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» МКБ-10)». Франк Г.А., Пархоменко Ю.Г., Зюзя Ю.Р, Соловьева И.П., Зайратьянц О.В., Цинзерлинг В.А. и соавт. Утверждены на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (2016).

Пример 1

Основное заболевание: **Сальмонеллез, генерализованная форма (A02.1):** бактериологическое исследование — возбудитель, дата): острые энтероколит, менингит.

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания: **Инфекционно-токсический (септический) шок (R57.2).** Синдром системного воспалительного ответа:.... . Гиперплазия селезенки (масса - ...). Синдром полиорганной недостаточности: Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга

Сопутствующие заболевания: Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септический шок (R57.2)

б) Сальмонеллезная септицемия (A02.1).

в) —

г) —

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Нозологическая форма должна быть максимально расшифрована с указанием формы, стадии, вида возбудителя в соответствии с национальными и/или международными классификациями данной инфекции, а также морфологическая характеристика выявленных изменений и ведущие клиничко-лабораторные и посмертные лабораторные и гистологические (при возможности) данные (интранозологическая характеристика), позволившие сформулировать диагноз.

Например, диагноз иерсиниоза (*Yersinia enterocolitica*) должен содержать указания на этиологии, клиничко-анатомическую форму и морфологические проявления заболевания (пример 2).

Пример 2

Основное заболевание: **Иерсиниозный энтерит (абдоминальная форма) (бактериологическое исследование — дата) с поражением тонкой кишки (язвенно-некротический энтерит) (A04.6).**

Осложнения основного заболевания: **Перфорация тощей (или подвздошной) кишки (K63.1), разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0), гиперплазия мезентериальных лимфатических узлов и селезенки**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острый перитонит (K65.0)

- б) Прободение кишечника (K63.1)
- в) Энтерит, вызванный *Yersinia enterocolitica* (A04.6).
- г) —.

II. –

Смертельное осложнение (непосредственная причина смерти) должно быть конкретным, отражать синдромы, а не механизмы танатогенеза, и не включать такие неинформативные термины, как, например, «общая интоксикация» и др.

Если одновременно диагностировано более одного инфекционного заболевания, то основным заболеванием выставляют более тяжело протекающую инфекцию с ведущей ролью в танатогенезе, а при прочих равных условиях – ту, которая эпидемиологически и социально наиболее опасна. В сложных наблюдениях (например, верифицированный грипп в эпидемический период, на фоне ВИЧ-инфекции в стадии СПИД) приоритет должен отдаваться инфекции с максимально выраженными проявлениями с учетом рекомендаций МКБ-10 и Минздрава России.

Если возбудитель инфекционного заболевания остался неизвестным (неуточненным), но доказан сам факт инфекционного заболевания, то его правильно кодировать как инфекцию неуточненной этиологии и, таким образом, в виде исключения, допускается после патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия употреблять коды с четвертым знаком «.9» (примеры 3, 4).

Пример 3

Основное заболевание: **Хронический вирусный гепатит неуточненной этиологии с исходом в мелкоузловой цирроз печени (B 18.9)**, степень активности — ... , фаза ..., стадия по системе Чайлда—Пью — ...

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1)**: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания: **Печеночная кома (K72.0)**. Отек головного мозга с дислокацией его ствола

Сопутствующие заболевания: Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночная кома (K72.0)

б) Хронический вирусный гепатит неуточненный (B18.9)

в) —

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 4

Основное заболевание: **Острый гастроэнтерит неуточненной этиологии (A04.9)**

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания: **Инфекционно-токсический шок (R57.8).** Острое общее венозное полнокровие. Гиперплазия селезенки. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Бактериальная кишечная инфекция неуточненная (A04.9).

в) —

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Инфекционные патологические процессы по этиологии могут являться смешанными (различные сочетания вирусных, бактериальных, микоплазменных и других поражений). В случаях, специально не оговоренных в МКБ-10, как, например, при вирусно-бактериальных пневмониях, диагноз может быть сформулирован как при коморбидности (основное и конкурирующие, сочетанные или фоновое инфекционные заболевания).

Для многих инфекционных заболеваний в соответствии с требованиями МКБ-10 имеются специфические особенности формулировки диагнозов, выбора и кодирования причин смерти.

Вирусные гепатиты

Печень могут поражать различные инфекционные агенты, но среди гепатитов преобладают вирусные, вызванные вирусами гепатита:

- А (возбудитель — РНК-содержащий пикорнавирус),
- В (возбудитель — ДНК-содержащий вирус из группы печеночных),
- D (возбудитель — РНК-содержащий вирус – дельта-агент, для репликации ему необходим вирус гепатита В),
- С и Е (группа гепатитов «ни А ни В», их возбудители — РНК-содержащие вирусы).

Гепатиты А и Е являются эпидемическими заболеваниями.

Исключить вирусную этиологию гепатита на основании лишь отрицательных результатов лабораторного исследования первого уровня невозможно, так как использованные методы могли быть недостаточно чувствительны. Вирусный гепатит В может протекать и при постоянном или временном отсутствии в крови HBsAg (т.н. occult - оккультный, скрытый гепатит). Кроме того, лабораторная диагностика не налажена в отношении всех возбудителей, предполагается существование и еще не открытых агентов.

При вирусных гепатитах В и С доказана возможность развития генерализованных инфекций с поражением, кроме паренхимы печени, микроциркуляторного русла многих внутренних органов, головного мозга и плаценты.

Как проявление или осложнение основного заболевания, острый гепатит может наблюдаться при инфекционных болезнях, вызванных негепатотропными вирусами (краснуха, простой герпес, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция и т.д.).

Острые вирусные гепатиты, вызванные гепатотропными вирусами, по этиологии представлены в МКБ-10 вирусами А, В (с и без дельта-вируса или дельта-антигена — вируса D), С и Е («ни А ни В»), причем они шифруются

разными кодами, в зависимости от наличия или отсутствия печеночной комы (коды В15—В17). Другие острые вирусные гепатиты шифруются кодом В17.8. В диагнозе острого вирусного гепатита, кроме его этиологии, должны быть отражены характер (форма) течения, степень тяжести заболевания, внепеченочные проявления и др.

Хронические вирусные гепатиты. В МКБ-10 хронические вирусные гепатиты, в зависимости от их этиологии (вирусы В, С и другие, или вирусные неуточненные) шифруются кодами В18.0—В18.9. Аутоиммунный хронический гепатит шифруется кодом К73.2 из класса XI (Болезни органов пищеварения), другие хронические гепатиты — кодами блока К73.-

Степень активности хронического гепатита определяется тяжестью (распространенностью) некроза гепатоцитов и воспалительного процесса. Описаны различные системы определения степени активности хронического гепатита в биопсийном материале, которые следует использовать и при аутопсии (с учетом того, что (фиброз, как правило, более выражен в левой, а активность воспаления – в правой доле печени). Чаще используют полуколичественный гистологический индекс активности (НАI - система Knodell, с балльной оценкой разных компонентов повреждения). Первые три составляющие отражают степень активности, четвертая — стадию процесса.

Более современна классификация активности хронического гепатита группы METAVIR (1996), разработанная для гепатита С. Стадии хронического гепатита можно определять по разным классификациям - R.G. Knodell, V. Desmet или R.J.Scheuer.

Циррозы печени вирусной этиологии *должны трактоваться как развившиеся в исходе хронического вирусного гепатита.* По классификации стадий гепатитов цирроз рассматривается как IV стадия (финальная) хронического гепатита (фиброз + формирование ложных долек и нарушение архитектоники печени). *Поэтому, вирусные циррозы печени кодируются кодами класса I МКБ-10 (хронические вирусные гепатиты с исходом в*

цирроз печени), а диагноз должен быть сформулирован по одному из двух вариантов (Примеры 5, 6).

Пример 5

Основное заболевание: **Хронический вирусный гепатит (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности с развитием макро-микронодулярного цирроза печени (В18.0),** фаза субкомпенсации, класс ... по системе Чайлда—Пью, результаты биопсии печени (...), перечисление внепеченочных проявлений ...

Осложнения основного заболевания: **Хроническая печеночная недостаточность, ... (К72.1), ...**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая печеночная недостаточность (К72.1)

б) Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (В18.0).

в) —

г) —.

II. —.

Пример 6

Основное заболевание: **Макро-микронодулярный цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования) (В18.0),** умеренной степени активности, фаза субкомпенсации, класс... по системе Чайлда—Пью, результаты биопсии печени (...), перечисление внепеченочных проявлений: ...

Осложнения основного заболевания: **Хроническая печеночная недостаточность, ... (К72.1), ...**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая печеночная недостаточность (К72.1)

б) Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (В18.0).

в) —

г) —.

II. —.

Диагноз цирроза печени должен включать его этиологию, морфологическую форму, активность, фазу, класс по системе Чайлда—Пью, желательно, результаты гистологического исследования печени, характеристику (стадии) печеночной (печеночно-клеточной), печеночно-почечной недостаточности, внепеченочных проявлений (синдрома портальной гипертензии) и другие особенности заболевания.

Недопустимо циррозы печени уточненной вирусной этиологии шифровать кодом класса XI «Болезней органов пищеварения» (К74.6).

В виде исключения, в МСС целесообразно указывать в части II п. 19 факт инфицирования вирусами гепатитов В, С, Д (выявление маркеров в сыворотке крови без клинико-морфологических проявлений, хронические вирусные гепатиты, в т.ч. на стадии цирроза печени), даже когда в диагнозе они указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания».

Сепсис

В соответствии с Международным Консенсусом Sepsis-3 (2016) выделяют две формы сепсиса, причем синдром полиорганной недостаточности (органная дисфункция) является определяющим диагностическим критерием: сепсис (вместо сепсиса и «тяжёлого» сепсиса по клинической классификации (Чикаго, 1991) и септический шок.

Эксперты Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям (РАСХИ, 2016) дают следующую дефиницию сепсиса: *«сепсис – это угрожаемое жизни полиэтиологическое инфекционное заболевание, квалифицируемое как осложнение, или состояние, или синдром. Сепсис характеризуется системной воспалительной реакцией (ССВР) в ответ на инфекцию различной природы (бактериальную, микотическую и, как предлагает ряд авторов, вирусную), ацикличностью течения, изменённой реактивностью организма (преимущественно иммуносупрессией), органной дисфункцией и повреждением с развитием полиорганной недостаточности и/или шока».*

С позиций формулировки диагноза сепсис представляет собой групповое понятие, включающее в себя как нозологические формы (например, криптогенный - без выявленного первичного очага, и ятрогенный сепсис), так и синдромы – осложнения локальных инфекционно-воспалительных процессов.

В диагнозе следует указать этиологию сепсиса и его проявления. Септический шок, также как и эндотоксиновый шок (выделенный отдельно в

МКБ-10) во всех случаях расцениваются как осложнение основного заболевания. Используемые термины септический, бактериальный или инфекционно-токсический шок являются синонимами, однако при сепсисе предпочтительным является термин септический шок.

Этиологическая классификация сепсиса, представленная в МКБ-10, включает практически весь спектр бактерий, а также некоторых грибов (кандида) и даже вирусов (герпес). Однако генерализованные формы микотических и вирусных инфекций, как и, особенно, генерализованные формы некоторых бактериальных инфекций (туберкулез, скарлатина, сальмонеллез и др.) не следует относить к сепсису.

Кроме того, некорректно считать синонимами сепсиса такие понятия, как, «диссеминированная инфекция», «септическое состояние», «септический синдром», которые недопустимо использовать в диагнозе. Термин «генерализованная инфекция» применим только по отношению к вирусным и микоплазменным инфекциям, особенно в детском возрасте.

В связи с принципиальной важностью определения этиологии, во всех случаях сепсиса или подозрения на него у умерших во время вскрытия должен производиться забор материала (крови и образцов разных органов) для бактериологического исследования, независимо от того, проводились или нет такие исследования при жизни больного. Целесообразно также изготовление мазков-отпечатков с последующим бактериоскопическим исследованием, по возможности применять современные молекулярно-биологические и иные методы диагностики возбудителей инфекции.

В международном консенсусе Sepsis-3 (как в предыдущих) утвержден термин «сепсис», который и употребляется в диагнозе (с последующей расшифровкой – септицемия или септикопиемия – как двух клинкоморфологических форм, принятых в отечественной патологической анатомии), но в русском переводе 1995 г. текста МКБ-10 используется только термин «септицемия» как синоним сепсиса, в связи с чем сепсис кодируется

одинаковыми кодами с септициемией. Однако уже с 2010 г. в очередном переиздании МКБ-10 (Official WHO updates combined 1996-2010 VOLUME-1) во всех ее рубриках термин септицемия был заменен на термин сепсис (см. МКБ-10-2019).

Одним из признаков (и проявлений с позиции формулировки диагноза) сепсиса является *синдром системного воспалительного ответа* (ССВО, Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS), который развивается в ответ на повреждение тканей инфекционной или неинфекционной природы (инфекция, механическая травма, ожоги, панкреатит, тяжелые отравления, ишемия тканей и т.д.). ССВО в ответ на инфекцию может быть не только проявлением сепсиса, но и отражать высокую «готовность» макроорганизма к его развитию, что важно учитывать с целью недопущения гипердиагностики сепсиса.

Широкое распространение для диагностики ССВО, вызванной инфекцией, оценки тяжести и прогноза сепсиса получил метод определения уровня в сыворотке крови одного из прогормонов кальцитонина - *прокальцитонина*, который является одним из медиаторов системного воспаления. Следует отметить, что повышенный уровень прокальцитонина не является абсолютным доказательством наличия у пациента сепсиса.

Синдром системного воспалительного ответа, который является одним из проявлений сепсиса, не следует указывать его осложнением, тем более в МСС.

Сепсис отличается развитием органно-системной дисфункции, которые могут прогрессивно нарастать и сопровождаться формированием выраженной декомпенсации с развитием *синдрома полиорганной недостаточности* (СПОН, Multiple Organ Failure Syndrome – MOFS). При формулировке диагноза СПОН, его клинико-лабораторные (варианты недостаточности функции органов) и морфологические проявления (от респираторного дистресс-синдрома, ДВС-синдрома, некротического нефроза

до жировой дистрофии миокарда и печени) указываются в рубрике осложнений. СПОН может являться смертельным осложнением (непосредственной причиной смерти), но в связи с отсутствием такого кода в МКБ-10 следует выбрать и кодировать его ведущее проявление как смертельное осложнение.

Сепсис указывается в рубрике «Основное заболевание» в виде исключения только в следующих случаях:

- первичный очаг не найден (криптогенный сепсис) или был полностью излечен и данные о нем не представлены в медицинской карте;
- сепсис развился после легкой поверхностной травмы или ожога I степени,
- анаэробный сепсис (более корректно указывать генерализованная анаэробная инфекция) (A41.4);
- сепсис при беременности, послеродовый, послеабортный;
- сепсис новорожденных;
- ятрогенный сепсис в случаях, предусмотренных правилами формулировки диагноза для ятрогенных осложнений, например, при технически неверно выполненных или произведенных по поводу ошибочного диагноза диагностических или лечебных манипуляциях и т.д. (Примеры 7, 8).

Пример 7

Основное заболевание: Сепсис (после случайного укола пальца — по данным истории болезни, дата), бактериологическое исследование — *Staphylococcus aureus*, номер, дата) (A41.0), септикопиемия: множественные двусторонние субплевральные абсцессы легких, апостематозный нефрит. Синдром системного воспалительного ответа – указать клинико-морфологические проявления, гиперплазия селезенки.

Осложнения основного заболевания: Синдром полиорганной недостаточности: клинико-лабораторные показатели органной недостаточности... , **респираторный дистресс-синдром (J80.X)**, жировая дистрофия печени и миокарда, некротический нефроз

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ — ... суток.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Синдром респираторного расстройства (дистресса) у взрослого (J80.X)
б) Септицемия (Сепсис по МКБ-10-2019), вызванная *Staphylococcus aureus* (A41.0).
в) —
г) —
- II. —

Пример 8

Основное заболевание: **Криптогенный сепсис (бактериологическое исследование — Staphylococcus aureus, номер, дата) (A41.0)**, септикопиемия: множественные двусторонние субплевральные абсцессы легких, апостематозный нефрит. Синдром системного воспалительного ответа (проявления...), интерстициальные гепатит и миокардит, септическая селезенка (масса - ...г.), гиперплазия костного мозга диафизов бедренных костей, грудины, ребер; гемолитическая желтуха. Обеднение липидами коры надпочечников («большие серые надпочечники»)

Осложнения основного заболевания: **Септический шок (R57.2)**: жидкая кровь в просвете крупных сосудов и полостях сердца; синдром полиорганной недостаточности: клиничко-лабораторные показатели органной недостаточности... , респираторный дистресс-синдром, шоковые почки, жировая дистрофия печени и миокарда (биохимия крови -, дата), ДВС-синдром, множественные петехиальные кровоизлияния в коже, слизистых и серозных оболочках, острые эрозии слизистой оболочки желудка, острое общее венозное полнокровие, отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ — ... суток.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септический шок (R57.2)
- б) Септицемия (Сепсис по МКБ-10-2019), вызванная Staphylococcus aureus (A41.0).
- в) —
- г) —
- II. —

Во всех других случаях сепсис указывается в диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания», а первичный септический очаг — как основное заболевание. Септический очаг — очаг гнойного воспаления, откуда развивается генерализация инфекционного процесса, но не всегда совпадает с входными воротами сепсиса (Пример 9).

Пример 9

Основное заболевание: **Фурункул правой ягодичной области (L02.3)**.

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа (E11.7)** (глюкоза крови - ..., дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий сердца и головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз ... артерий до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия).

Осложнения основного заболевания: Сепсис, септикопиемия (бактериологическое исследование — Staphylococcus aureus, номер, дата): двусторонняя тотальная очаговая сливная пневмония с абсцедированием, правосторонний фибринозно-гнойный плеврит, апостематозный нефрит, множественные абсцессы миокарда. Синдром системного воспалительного ответа (проявления...), интерстициальные гепатит и миокардит, септическая селезенка (масса - ...г.), гиперплазия костного мозга диафизов бедренных костей, грудины, ребер. Синдром полиорганной недостаточности: клиничко-лабораторные показатели органной недостаточности... , респираторный дистресс-синдром, шоковые

почки, жировая дистрофия печени и миокарда (биохимия крови - ..., дата), ДВС-синдром, множественные петехиальные кровоизлияния в коже, слизистых и серозных оболочках, острые эрозии и язвы слизистой оболочки желудка, острое общее венозное полнокровие, отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ — ...суток.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септицемия (Сепсис по МКБ-10-2019), вызванная *Staphylococcus aureus* (A41.0).
 - б) Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы (L02.3)
 - в) —
 - г) —
- II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

В МКБ-10 особыми кодами специального XV класса болезней («Беременность, роды и послеродовой период»), кодируется сепсис у беременных, рожениц и родильниц, также свои важные особенности имеет кодирование (как и оформление диагноза) сепсиса в педиатрической практике, особенно у новорожденных (класс XVI – «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде») (Примеры 10,11).

Пример 10

Основное заболевание: **Послеродовый сепсис** (*Pseudomonas aeroginoza* — при бактериологическом исследовании, дата) **после самопроизвольных первых родов на 38 неделе беременности (O85.X):** Острый гнойный эндометрит, гиперплазия селезенки (масса 320 г), интерстициальные гепатит и миокардит

Осложнения основного заболевания: **Септический шок (R57.2).** Респираторный дистресс-синдром. ДВС-синдром: состоявшееся желудочное кровотечение, множественные субплевральные кровоизлияния, множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Отек легких и головного мозга

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ 6 суток.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септический шок (R57.2)
 - б) Послеродовый сепсис (O85.X).
 - в) —.
 - г) —.
- II. Самопроизвольные роды при сроке беременности 38 недель, послеродовой период 10 суток.

Пример 11

Основное заболевание: **Криминальный неполный аборт на 18-й неделе беременности, осложнившийся септицемией (в посеве крови – золотистый стафилококк) (O05.0):** некротизированные плацента и оболочки в полости матки. Синдром системного воспалительного ответа (показатели — ..., дата). Гиперплазия селезенки (масса 400 г). Операции: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата)

Осложнения основного заболевания: Сепсис (этиология) (код зависит от этиологии). Септический шок (R57.2). Синдром полиорганной недостаточности (показатели — ...). ДВС-синдром. Некротический нефроз. Выраженная жировая дистрофия миокарда и печени

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (дата). Гемотрансфузии (даты).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септический шок (R57.2)

б) Сепсис (код зависит от этиологии).

в) Другие виды аборта, неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов (O05.0).

г) —.

II. Операции: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата). Послеабортный период 5 суток.

Туберкулез

Туберкулез в структуре патологоанатомического диагноза может быть основным заболеванием, входить в состав коморбидных заболеваний (как конкурирующее или сочетанное). Кроме того, туберкулез может быть отнесен к сопутствующим заболеваниям.

В патологоанатомическом диагнозе, независимо от того, является туберкулез основным или сопутствующим заболеванием, отражается: форма туберкулеза, локализация, распространенность процесса; фаза течения; наличие или отсутствие микобактерий туберкулеза (МБТ).

Морфологическая фаза прогрессирования соответствует таким клиническим фазам, как инфильтрации, распада и обсеменения. Фаза организации, заживления отражает клинические фазы рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления.

Наружным бактериовыделением считается прижизненное обнаружение МБТ в выделяемых во внешнюю среду жидкостях и экскретах - в мокроте, смывах бронхов, моче, кале, раневом отделяемом, отделяемом наружных свищей, выделениях из половых путей. Эти данные должны быть отражены в медицинской документации (медицинской карте стационарного или амбулаторного больного). В судебно-медицинский или

патологоанатомический диагнозы выносятся данные об обнаружении МБТ с указанием вида, номера и даты исследования.

Посмертное обнаружение возбудителя (*Myc. tuberculosis* или кислотоустойчивых бактерий) различными методами подтверждает факт наличия туберкулеза (или микобактериоза), но не является показателем наружного бактериовыделения. Также следует учитывать, что при окраске по Цилю-Нильсену микобактерии туберкулеза неотличимы от микобактерий, вызывающих нетуберкулезные микобактериозы (для точной верификации туберкулеза необходим метод ПЦР).

При коморбидных состояниях при прочих равных условиях инфекционные и эпидемические заболевания имеют предпочтение перед неинфекционными. Однако в случаях ургентной хирургической патологии, которая сама по себе или через свои осложнения может привести к смерти больного (язва желудка с массивным желудочно-кишечным кровотечением и геморрагическим шоком), на первое место следует выставить данную нозологическую единицу. Также при остром инфаркте миокарда, инфаркте головного мозга именно эти заболевания могут стать первоначальной причиной смерти в зависимости от их роли в танатогенезе.

В случае смерти от прогрессирующего туберкулеза, развившегося при гормональной и другой иммуносупрессирующей терапии, проводимой по поводу какой-либо другой болезни (бронхиальная астма, системная красная волчанка, склеродермия, идиопатический фиброзирующий альвеолит, псориаз и пр.), или противоопухолевой терапии, туберкулез выставляется на первое место. Болезни, леченные гормонами или цитостатиками, злокачественные новообразования, леченные противоопухолевой терапии, будут являться в данном случае фоновым заболеванием.

К сопутствующим заболеваниям относят очаговый туберкулез, туберкулезу легкого (так называемые «малые формы туберкулеза»), а также инфильтративный туберкулез легких, за исключением случаев перехода

инфильтративного туберкулеза острый кавернозный, осложненный смертельным легочным кровотечением. Эти формы туберкулеза могут сопровождаться наружным бактериовыделением, что не является поводом для вынесения их в рубрику «Основное заболевание». Вынесение «малых» форм туберкулеза в рубрику «Основное заболевание» (или в качестве сочетанного, конкурирующего, фонового заболеваний) является грубой ошибкой. Малая форма туберкулеза может быть вынесена в качестве фонового заболевания при развитии тяжелых лекарственных осложнений противотуберкулезной терапии (например, острой токсической дистрофии печени).

В виде исключения из общих правил оформления МСС, в его часть II п. 19 вносится информация о выявленном на вскрытии туберкулезе даже при наличии «малых форм» туберкулеза, не сыгравших роли в танатогенезе и указанных в рубрике сопутствующие заболевания. Это необходимо для учета случая смерти пациента с туберкулезом, но не от туберкулеза.

К остаточным туберкулезным (посттуберкулезным, метатуберкулезным) изменениям относятся фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические изменения, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, пневмоцирроз, состояние после хирургического вмешательства, рубцовые изменения в различных органах и их последствия, обызвествление, состояние после оперативных вмешательств. *Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза относят в рубрику «Сопутствующие заболевания» и также выносятся в часть II п. 19 МСС с кодами В90.-.* Исключение составляют единичные случаи с большими посттуберкулезными изменениями, которые могут сыграть ведущую роль в танатогенезе и вынесены как основное заболевание (например, обширный посттуберкулезный цирроз легких с декомпенсацией хронического легочного сердца или последствия перенесенного туберкулезного спондилита с

формированием кифосколиоза и декомпенсацией кифосколиотического сердца).

В заключительном клиническом, судебно-медицинском или патологоанатомическом диагнозах, а также в МСС может быть указана только одна форма туберкулеза. Приоритет отдается хронической, деструктивной форме (например, фиброзно-кавернозному туберкулезу легких перед казеозной пневмонией и диссеминированным туберкулезом легких) или более тяжелому распространенному процессу (например, казеозной пневмонии перед диссеминированным туберкулезом легких) (Примеры 12-14).

Пример 12.

Основное заболевание: **Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе прогрессирования (МБТ положит. бактериологически) (A15.2):** хроническая большая туберкулезная каверна верхней доли правого легкого с бронхогенной диссеминацией в нижней доле справа и в контрлатеральном легком

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8).

б) Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2).

в) —

г) —

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 13.

Основное заболевание: **Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе прогрессирования (МБТ положит. бактериологически) (A15.2):** хронические туберкулезные каверны верхней доли правого легкого, сливающиеся ацинозные и лобулярные очаги диссеминации в нижней доле с формированием обширных фокусов по типу казеозной пневмонии

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Острая респираторная (дыхательная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0).
б) Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2).
в) —
г) —
- II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 14.

Основное заболевание: **Казеозная пневмония правого легкого с бронхогенной диссеминацией в левом легком (МБТ положит. бактериологически) (A15.2).**

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Острая респираторная (дыхательная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0).
б) Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2).
в) —
г) —
- II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Наиболее частыми смертельными осложнениями (непосредственной причиной смерти) при туберкулезе как основном заболевании (первоначальной причине смерти) являются прогрессирование туберкулеза, декомпенсация хронического легочного сердца, легочное кровотечение. Реже отмечены такие смертельные осложнения, как уремия в случаях хронически текущего туберкулеза, осложненного амилоидозом почек, а также отек головного мозга при туберкулезном менингите или менингоэнцефалите, разлитой перитонит при перфорации туберкулезной язвы кишечника.

Диагноз туберкулеза требует подробной детализации в соответствии с общепринятыми классификациями.

При формулировке диагноза туберкулеза следует учитывать его клиническую классификацию, вошедшую в национальные клинические

рекомендации «Фтизиатрия». под редакцией президента НАФ П.К. Яблонского (Таблица 1)

Таблица 1

Клиническая классификация туберкулеза (Национальные клинические рекомендации «Фтизиатрия»)

Разделы классификации:

- клинические формы туберкулеза
- характеристика туберкулезного процесса
- выявление МБТ
- характеристика туберкулеза по устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам
- осложнения туберкулеза
- остаточные изменения после излеченного туберкулеза

Клинические формы туберкулеза различаются по локализации и клинико-рентгенологическим признакам с учетом патогенетической и патоморфологической характеристики туберкулезного процесса.

Основные клинические формы туберкулеза

Туберкулез легких

- Первичный туберкулезный комплекс
- Инфильтративный туберкулез легких
- Диссеминированный туберкулез легких
- Очаговый туберкулез легких
- Милиарный туберкулез
- Казеозная пневмония
- Фиброзно-кавернозный туберкулез легких
- Цирротический туберкулез легких
- Туберкулема легких
- Туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными пылевыми заболеваниями легких (кониотуберкулез)

Внелегочные локализации туберкулеза

Туберкулез органов дыхания внелегочной локализации

- Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей

- Туберкулезный плеврит (в т.ч. эмпиема)

Туберкулез костей и суставов

Туберкулез нервной системы

Туберкулез органов зрения

Туберкулез органов брюшной полости

Туберкулез кишечника, брюшины, брыжеечных лимфатических узлов

Туберкулез мочевыделительной системы

Туберкулез органов половой системы

Туберкулез кожи и подкожной клетчатки

Туберкулез периферических лимфатических узлов

Туберкулез прочих органов

Генерализованный туберкулез

Характеристика фазы туберкулезного процесса:

- Инфильтрации, распада, обсеменения
- Рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления

Характеристика бактериовыделения

- С выделением МБТ (МБТ+)
- Без выделения МБТ (МБТ-)

Характеристика туберкулеза по устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам

- С сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ
- С МР к противотуберкулезным препаратам
- С ПР к противотуберкулезным препаратам
- С множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам
- С широкой лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам
- С тотальной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам

Осложнения туберкулеза: кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи и др.

Остаточные изменения после излеченного туберкулеза

- Органов дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз
- Других органов: рубцовые изменения в различных органах и их последствия, обызвествление и др.

В заключительном клиническом, патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах следует употреблять термины Российской классификации, а их кодировку проводить по МКБ-10, используя таблицу, приведенную ниже и разработанную ЦНИИ туберкулеза РАМН (Табл. 2).

Таблица 2

Сопоставление Российской классификации туберкулеза и кодов МКБ-10

Форма туберкулеза и локализация патологического процесса по Российской классификации	Коды МКБ-10
Первичный туберкулезный комплекс	A15.7, A16.7
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (первичный)	A15.7, A16.7
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (вторичный)	A15.4, A16.3
Диссеминированный туберкулез легких	A19.8
Милиарный туберкулез	A19.0, A19.1, A19.2, A19.9
Очаговый туберкулез легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Инфильтративный туберкулез легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Казеозная пневмония	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Туберкулема легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Кавернозный туберкулез легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Цирротический туберкулез легких	A15.0, A15.1, A15.2, A15.3, A16.0, A16.1, A16.2
Туберкулезный плеврит (эмпиема плевры) — первичный туберкулез	A15.6, A16.5
Туберкулезный плеврит (эмпиема плевры) — вторичный туберкулез	A15.7, A16.7
Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей, носоглотки.	A15.5, A15.8, A16.4, A16.8
Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пневмокониозами (кониотуберкулез)	J65
Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы	A17.0, A17.1, A17.8, A17.9
Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов	A18.3
Туберкулез костей и суставов	A18.0
Туберкулез мочевых, половых органов	A18.1
Туберкулез кожи и подкожной клетчатки	A18.4
Туберкулез периферических лимфатических узлов	A18.2
Туберкулез глаза	A18.5

Туберкулез прочих органов	A18.6, A18.7, A18.8
Остаточные изменения после излеченного туберкулеза органов дыхания (посттуберкулезные цирроз легких, кальцинаты, эмфизема и др., состояние после хирургического вмешательства)	B90.9
Остаточные изменения после излеченного туберкулеза других органов	B90.0, B90.1, B90.2, B90.8

Туберкулез включает в себя врожденные и приобретенные формы заболевания, ятрогенный туберкулез, сочетания туберкулеза легких с пневмокониозами, а также осложнения вакцинации БЦЖ (Примеры 15-30).

Пример 15

Основное заболевание: Первичный туберкулез (бактериологическое исследование — ..., дата) в фазе остро прогрессирующего (A16.7): первичный туберкулезный комплекс в виде первичного аффекта во II сегменте правого легкого и казеозного лимфаденита внутригрудных лимфатических узлов. Крупноочаговая генерализация в легких, печени, селезенке, почках

Осложнения основного заболевания: Острая респираторная недостаточность (клинически) (J96.0). Острое общее венозное полнокровие. Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0).
 б) Первичный туберкулезный комплекс, фаза остро прогрессирующего (A15.7).
 в) —
 г) —
 II. —

Пример 16

Основное заболевание: Двусторонний крупноочаговый диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирующего (A19.0): ацинозно-лобулярные и лобулярные очаги казеозного некроза во всех долях легких, малые острые пневмониогенные каверны в I, II, VI сегментах обоих легких. МБТ мокроты положительн. (всеми методами)

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1): алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: Кахексия (R64.X): бурая атрофия скелетных мышц, миокарда, печени. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кахексия (R64.X).
 б) Диссеминированный туберкулез легких (A19.0).
 в) —
 г) —
 II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 17

Основное заболевание: **Диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирувания (A19.0):** ацинозно-лобулярные, лобулярные и сливные фокусы казеозного некроза в верхних долях легких и средней доле правого легкого, малые и средние острые пневмониогенные каверны в I-III, VI сегментах справа. МБТ + (методом люминесцентной бактериоскопии)

Осложнения основного заболевания: **Легочное кровотечение (R04.8):** свертки крови в просвете трахеи и крупных бронхов, напряженная гематома острой пневмониогенной каверны в VI сегменте правого легкого; свертки и жидкая кровь в просвете желудка (500 мл). Нелизированные эритроциты в просвете альвеол и мелких бронхов (гистологически). Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия преимущественно правого желудочка (масса сердца 330 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,5 см, желудочковый индекс (ЖИ) 0,7)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Легочное кровотечение (R04.8)
- б) Диссеминированный туберкулез легких (A19.0).
- в) —
- г) —
- II. —

Пример 18

Основное заболевание: **Диссеминированный туберкулез легких, подострое течение (A19.0):** ацинозные, ацинозно-лобулярные и нодозные фокусы казеозного некроза разной давности (свежие и с признаками инкапсуляции). Очаг Гона I сегмента правого легкого. МБТ мокроты положит. (люминесц. бактериоскопия №..., дата...). Диффузный пневмосклероз. Облитерация правой плевральной полости

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8). Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (A19.0):** эксцентрическая гипертрофия преимущественно правого желудочка (масса сердца 410 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,7 см, желудочковый индекс (ЖИ) 0,8) Острое общее венозное полнокровие. Острые эрозии желудка

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
- б) Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)
- в) Диссеминированный туберкулез легких (A19.0).
- г) —
- II. —

Пример 19

Основное заболевание: **Генерализованный туберкулез (A19.1)** в фазе прогрессирувания с поражением легких (мелкоочаговый диссеминированный туберкулез легких (МБТ мокроты положит., методы), селезенки, почек, кишечника (инфильтративно-язвенный туберкулез терминального отдела подвздошной кишки (МБТ кала положит., методы)

Осложнения основного заболевания: **Перфорация туберкулезной язвы подвздошной кишки (K63.1). Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0).** Отек легких, отек головного мозга

Сопутствующие заболевания: Узловато-разветвленный рак (гистологически — умереннодифференцированный плоскоклеточный рак) V сегментарного бронха правого легкого (T2N0M0).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острый перитонит (K65.0)
 - б) Прободение кишечника (нетравматическое) (K63.1).
 - в) Генерализованный туберкулез (A19.1).
 - г) —
- II. —

Пример 20

Основное заболевание: **Милиарный туберкулез множественных локализаций (A19.1)** (стероидный туберкулез) с поражением головного мозга (туберкулезный базилярный менингит, в ликворе прижизненно выявлена ДНК МБТ, ПЦР-исследование №, дата,) легких, почек, селезенки.

Фоновое заболевание: **Системная красная волчанка, с преимущественным поражением почек (мезангиокапиллярный гломерулонефрит) (M32.1)**, леченная кортикостероидами (дозы, даты)

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8)**. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
 - б) Милиарный туберкулез множественных локализаций (A19.1)
 - в) —
 - г) —
- II. Системная красная волчанка с поражением других органов или систем (M32.1).

Пример 21

Основное заболевание: **Туберкулезный спондилит, фаза прогрессирования с разрушением тел II-IV поясничных позвонков (без упоминания МБТ) (A18.0)**.

Осложнения основного заболевания: **Патологический перелом тела IV поясничного позвонка (M48.5)**. Пролежни в области крестца и ягодиц. Атрофия мышц нижних конечностей. **Кахексия (R64.X)**, бурая атрофия скелетных мышц, миокарда и печени

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кахексия (R64.X).
 - б) Разрушение позвонка, неклассифицированное в других рубриках (M48.5).
 - в) Туберкулезный спондилит, фаза прогрессирования. (A18.0).
 - г) —
- II. —

Пример 22

Основное заболевание. **Двусторонний туберкулез почек, фаза прогрессирования (A18.1):** хронические каверны левой почки, стеноз левого мочеточника; правосторонний посттуберкулезный гидронефроз (МБТ мочи обнаружены бактериологически, бак. посев №, дата)

Осложнения основного заболевания: **Уремия (N18.0)** (биохимия крови — ..., дата). Фибринозные перикардит и плеврит, анасарка. Геморрагический гастроэнтероколит

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2019).
б) Двусторонний кавернозный туберкулез почек (A18.1).
в) —
г) —
II. —

Пример 23

Основное заболевание: Узловато-разветвленный рак (умереннодифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически) верхнедолевого бронха левого легкого (**C34.1**). Метастазы рака в обеих легких, печень, почки, надпочечники (T4N1M1)

Осложнения основного заболевания: **Кахексия (R64.X):** бурая атрофия миокарда, скелетных мышц и печени

Сопутствующие заболевания: **Очаговый туберкулез II сегмента левого легкого (A15.1)**, фаза прогрессирования, с формированием nodозных и ацинозно-лобулярных очагов-отсевов, МБТ мокроты положит., бак. посев №, дата

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кахексия (R64.X)
б) Злокачественное новообразование верхней доли, бронхов или легкого (C34.1).
в) —
г) —
II. Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2).

Пример 24

Основное заболевание: **Верхнедолевая казеозная пневмония левого легкого с кавернизацией (МБТ мокроты положит., методом люм. бактериоскопии) (A15.2).**

Фоновое заболевание: **Хронический алкоголизм (по данным истории болезни – диагноз нарколога) с полиорганными поражениями (F10.2):** алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия и полинейропатия, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Острая респираторная (дыхательная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0).
б) Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2).
в) —
г) —
II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с синдромом зависимости (F10.2).

Пример 25

Основное заболевание: **Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе прогрессирования (A15.2):** хроническая каверна верхней доли правого легкого,

ацинозно-лобулярные и лобулярные очаги казеозного некроза во всех сегментах легких, малые и средние острые пневмониогенные каверны в VI сегментах обоих легких. МБТ положит. (бактериологически). Облитерация плевральной полости справа. Диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких, буллезная эмфизема в передненижних отделах легких.

Фоновое заболевание: **Хронический алкоголизм (по данным истории болезни – диагноз нарколога) (F10.2): ...**

Осложнения основного заболевания: **Вторичный амилоидоз с преимущественным поражением почек (E85.3).** Хроническая почечная недостаточность, **уремия (биохимия крови — ..., дата) (N18.0):** фибринозный перикардит, двусторонняя серозно-фибринозная пневмония, катарально-геморрагический колит. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,7 см, ЖИ 0,8). Острое общее венозное полнокровие

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2019).

б) Вторичный амилоидоз (E85.3)

в) Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (A15.2).

г) —

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с синдромом зависимости (F10.2).

Пример 26

Основное заболевание: **Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (A15.2)** в фазе прогрессирования (МБТ положит., всеми методами): большие и средние хронические каверны в I-III сегментах обоих легких, бронхогенные очаги-отсевы во всех сегментах, малая острая пневмониогенная каверна в VI сегменте справа. Диффузный пневмосклероз. Облитерация плевральных полостей.

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа (E11.7).** (глюкоза крови — ... клинически, дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия. Атеросклероз аорты и крупных артерий (степень, стадия). Диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия — клинически).

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)

б) Фиброзно-кавернозный туберкулез (A15.2).

в) —

г) —

II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

Пример 27

Основное заболевание. **Цирротический туберкулез легких (A15.2).** Очищенные каверны II—III сегментов обоих легких с массивным фиброзом и деформацией легочной ткани, бронхоэктазами и буллезными полостями. МБТ— (всеми методами)

Осложнения основного заболевания. **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8). Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце (I27.9)** (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,9 см, ЖИ 0,9). Хроническое общее венозное полнокровие. Мускатная печень, цианотическая индурация селезенки и почек. Отеки нижних конечностей

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
- б) Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)
- в) Цирротический туберкулез легких (A15.2)
- г) —
- II. —

В случае обнаружения при гистологическом исследовании хронической туберкулезной каверны типичного трехслойного строения с признаками прогрессирования при исходной макроскопической картине цирротического туберкулеза легких, следует расценивать процесс как фиброзно-кавернозный туберкулез на фоне выраженных цирротических изменений легкого.

Пример 28

Основное заболевание: **Посттуберкулезный диффузный пневмосклероз в исходе диссеминированного туберкулеза легких (B90.9).** Хроническая обструктивная эмфизема легких, двусторонние цилиндрические бронхоэктазы базальных легочных сегментов. МБТ мокроты отрицат. (всеми методами).

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8). Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (I27.9):** эксцентричная гипертрофия преимущественно правого желудочка (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,7 см, ЖИ 0,9). Хроническое общее венозное полнокровие, гидроперикард, анасарка, отек легких и головного мозга. Вторичный амилоидоз с поражением почек и селезенки

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
- б) Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)
- в) Посттуберкулезный пневмосклероз (B90.9).
- г) —
- II. —

Пример 29

Основное заболевание: **Острая токсическая дистрофия печени (масса печени 740 г.) (K71.1).**

Фоновое заболевание: **Очаговый туберкулёз верхней доли правого лёгкого (A15.2)** в фазе организации после противотуберкулезной полихимиотерапии (H0,6 R0,45 Z1,5 Of10,8 - 25 доз)

Осложнения: **Острая печеночная недостаточность (K72.0):** паренхиматозная желтуха (иктеричность кожных покровов, слизистых и серозных оболочек, билирубин общий 295,0 мкмоль/л, билирубин прямой 162,1 мкмоль/л). Асцит (2000 мл). Реактивный плеврит (слева 800 мл, справа 500 мл). Отек легких. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Узловой смешанный зоб правой доли щитовидной железы.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Острая или подострая печеночная недостаточность (K72.0)

б) Токсическое поражение печени с некрозом (K71.1)

в) –

г) –

II. Туберкулез легких, подтвержденный гистологически (A15.2)

Пример 30

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (I21.1)** (размеры, давность). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (... стадия, ... степень, стеноз преимущественно артерии до ... %, нестабильная бляшка, красный обтурирующий тромб)

Сочетанное заболевание: **Диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирования (A19.0)** – ацинозные, сливные ацинозные, лобулярные очаги казеозного некроза; малые и средние острые каверны во всех долях легких (в мокроте МБТ обнаружены, люминесцентная бактериоскопия №, дата)

Осложнения: **Кардиогенный шок (R57.0):** пустые полости сердца и крупных сосудов. Выраженный отек легких

Сопутствующие заболевания: Камень желчного пузыря. Хронический атрофический гастрит.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Кардиогенный шок (R57.0)

б) Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда (I21.1)

в) –

г) –

II. Острый милиарный туберкулез одной уточненной локализации (A19.0)

ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция — инфекция, вызываемая вирусами иммунодефицита человека рода *Retrovirus* подсемейства *Lentivirinae* семейства *Retroviridae* (HIV-1 и 2), обусловленная инфицированием лимфоцитов, макрофагов, нервных и других клеток, экспрессирующих CD4-подобные молекулы); проявляется медленно прогрессирующим иммунодефицитом: от бессимптомного носительства до тяжёлых и смертельных заболеваний.

Синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД) — вторичный иммунодефицитный синдром, возникающий в результате ВИЧ-инфекции с тотальным угнетением иммунной системы, сопровождается развитием оппортунистических инфекций (вызываемых условно-патогенными возбудителями) и опухолей (IV–V стадии ВИЧ-инфекции по В.И. Покровскому или IV стадия по классификации ВОЗ).

В России принято выделять 5 клинических стадий ВИЧ-инфекции (Покровский В.И., 1989): 1) инкубации, 2) первичных проявлений (бессимптомная стадия, острая инфекция без вторичных заболеваний; острая инфекция с вторичными заболеваниями), 3) субклиническая, 4) вторичных заболеваний, 5) терминальная.

По классификации ВОЗ выделяют четыре стадии: I — бессимптомную; II — раннюю; III — промежуточную; IV (А и В) — позднюю, включая вторичные заболевания.

Для поздних стадий, особенно IV стадии, характерно развитие СПИД-ассоциированных заболеваний. Следует помнить, что СПИД не является стадией ВИЧ-инфекции, а характеризует иммунодефицит.

При диагностике ВИЧ-инфекции обязательно лабораторное подтверждение: определение специфических антител или антигенов в биологических жидкостях методами иммунофлюоресценции и иммуноблоттинга. В диагнозе указывают стадию ВИЧ-инфекции, метод лабораторной верификации заболевания (результат иммунного блота, без

которого диагноз ВИЧ-инфекция не может быть выставлен) и иммунный статус (содержание и соотношение CD4+ [хелперов] и CD8+ [супрессоров и киллеров] Т-лимфоцитов), наличие (отсутствие) антиретровирусной терапии (по данным медицинской документации).

В соответствии с письмами Минздрава России^{1,2} и требованиями МКБ-10 ВИЧ-инфекцию следует подразделять на:

Z20.6 – Контакт с больными и возможность заражения ВИЧ-инфекцией – не применяется при формулировке диагноза, учете заболеваемости и смертности

Z21 – Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ, как и R75 – Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ, при лабораторном обнаружении ВИЧ – не применяется при формулировке диагноза, учете заболеваемости и смертности (но должны быть указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания» и вписано в часть II п. 19 МСС).

B20.- – B24.- – Болезнь, вызванная ВИЧ, которая может быть выбрана в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти).

При сочетании болезни, вызванной ВИЧ, с туберкулезом (кроме «малых форм» туберкулеза) при летальном исходе всегда в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти) выбирают болезнь, вызванную ВИЧ (код B20.0), независимо от того, какое из состояний было диагностировано раньше^{1,2}.

¹Письмо Минздрава России от 25.03.2016 г. № 13-2/2-74 «Разъяснения Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения порядка кодирования и выбора первоначальной причины смерти ... при болезни, вызванной ВИЧ»;

²Письмо Минздрава России от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности»

В диагнозе после основного заболевания (ВИЧ-инфекции) СПИД-ассоциированные патологические процессы выделяют *отдельной рубрикой «Вторичные заболевания» или ВИЧ-ассоциированные заболевания*^{1,2}:

ВИЧ-ассоциированные инфекционные заболевания (B20.-):

- брюшной тиф, паратиф, другие сальмонеллезы; шигеллез;
- криптоспоридиоз; изоспороз;
- туберкулез и другие микобактериозы, их последствия (*независимо от того, какое из состояний диагностировано раньше – письмо Минздрава России*¹);
- прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (мультифокусная лейкоэнцефалопатия – PML), вирус JCV (B20.8);
- герпетическая инфекция; цитомегаловирусная инфекция, кроме поражений печени, селезенки и лимфоузлов;
- кандидоз (B37.8) с поражением легкого или пищевода (*неясно как с другими формами кандидоза*);
- кокцидиоидомикоз; гистоплазмоз; криптококкоз; пневмоцистоз;
- пневмонии разной этиологии (J12 – J18) – *но не гриппозная (письмо Минздрава России*^{1, 2});
- изнуряющий синдром (B22.7)

Примечание: в письмах Минздрава России^{1,2} *указано, что «при сочетании с любым инфекционным заболеванием, если заболевание указано врачом в диагнозе, как вызванное ВИЧ, то основным заболеванием становится ВИЧ-инфекция»*

ВИЧ-ассоциированные онкологические заболевания (B21.-)^{1, 2}:

- саркома Капоши;

¹Письмо Минздрава России от 25.03.2016 г. № 13-2/2-74 «Разъяснения Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения порядка кодирования и выбора первоначальной причины смерти ... при болезни, вызванной ВИЧ»;

²Письмо Минздрава России от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности»

- злокачественное новообразование ротоглотки;
- злокачественные новообразования вульвы, влагалища, шейки матки (уточненное как инвазивное), полового члена;
- лимфомы: Ходжкина и неходжкинские (фолликулярная, нефолликулярная, Т/НК-клеточная и другие) при первичной локализации в головном мозге;
- злокачественное новообразование ануса;
- диффузная крупноклеточная В-лимфома, уточненная как иммунобластная;
- лимфома Беркитта

В МКБ-10 многие такие сочетания имеют самостоятельные коды. При сочетании инфекционного и онкологического заболеваний применяют код В22.7. Основным заболеванием, конкурирующим или сочетанным, ВИЧ-инфекция может быть в III-IV стадии (по классификации ВОЗ), на более ранних стадиях она может фигурировать в диагнозе как сопутствующее заболевание, но в качестве фонового заболевания она указана быть не может, что обусловлено требованиями МКБ-10.

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов при ВИЧ-инфекции расхождение ставится по вторичному (ВИЧ-ассоциированному) заболеванию, т.к. основное заболевание – ВИЧ-инфекция обычно бывает установлено при жизни и на вскрытии положительный результат иммунного блота умершего известен.

При заполнении МСС в части I, строка «в» указывается ВИЧ-инфекция, как основное заболевание (первоначальная причина смерти), в строку «б» заносится вторичное (ВИЧ-ассоциированное) заболевание, в строку «а» – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Можно ограничиться заполнением п.п. а) и б) – соответственно ВИЧ-инфекция и вторичное (ВИЧ-ассоциированное) заболевание.

В отдельных наблюдениях смерть при ВИЧ может быть следствием энцефалита (нейроспида), этиология которого может быть различной. Учитывая нейротропность ВИЧ в литературе описаны энцефалиты

вызванные им непосредственно (код B22.0). Несколько чаще встречаются комбинированные поражения головного мозга с участием токсоплазм, криптококков, вируса цитомегалии, В этом случае кодировка проводится по данным инфекциям, без учета особенностей локализации. В последнее время участились наблюдения прогрессивной мультифокусной лейкоэнцефалопатии (PML) имеющей довольно характерные как клинические так и морфологические особенности, возбудителем которой является сравнительно недавно открытый вирус JCV. В этом случае приходится кодировать наблюдение как B20.8 (болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением других инфекционных и паразитарных болезней).

Трехзначная рубрика B24 «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] неуточненная» используется только для кодирования основного заболевания в МСС при неуточненном сразу после вскрытия вторичном инфекционном заболевании. При кодировании окончательного патологоанатомического диагноза код уточняется и заболевание шифруется четырехзначной рубрикой.

В случаях нескольких ВИЧ-ассоциированных инфекций все они указываются в патологоанатомическом диагнозе в подрубрике «Вторичные заболевания». Для шифрования в МСС выбирают одно из вторичных (ВИЧ-ассоциированных) заболеваний, осложнения которого играли наиболее значительную роль в танатогенезе. Приоритет в таких ситуациях имеют генерализованные процессы (над локальными поражениями), остро прогрессирующие инфекции, заболевания с поражением жизненно важных органов. При невозможности выделения какого-либо одного вторичного (ВИЧ-ассоциированного) заболевания в МСС используют код B20.7 с формулировкой «Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями множественных инфекций».

Отдельным кодом класса XV шифруется болезнь, вызванная ВИЧ, при беременности, родах и послеродовом периоде (O98.7). Если заболевание

указано в диагнозе, как вызванное ВИЧ (например, кардиомиопатия), то основным заболеванием становится ВИЧ-инфекция (код В23.8 – болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний)¹

Причинами смерти, не связанными с ВИЧ-инфекцией, являются: болезни системы кровообращения (в т.ч. и инфекционный эндокардит - I33.0), онкологические заболевания (кроме ВИЧ-ассоциированных), хронические вирусные гепатиты В и С, в т.ч. с исходом в цирроз печени, сепсис, вызванный возбудителями, не включенными в список ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, передозировка наркотика, насильственная смерть, суицидальные случаи, криптогенный сепсис у наркоманов, острые панкреатиты без указания на вторичные инфекции, флегмона конечностей у наркоманов (вследствие внутривенного введения наркотиков).

В данных ситуациях ВИЧ-инфекция может быть сочетанным, конкурирующим или сопутствующим заболеванием (обычно при насильственной смерти, передозировке наркотиков, в суицидальных случаях) независимо от её стадии. Как и при туберкулезе, в виде исключения из общего правила, ВИЧ-инфекция, указанная в рубрике сопутствующие заболевания, записывается в часть II пункта 19 МСС (Примеры 31-37).

Пример 31

Основное заболевание: **ВИЧ-инфекция, стадия 4В (иммунный блот положит. №, дата, иммунный статус - СД4 20 кл/мкл), фаза прогрессирования на фоне ВААРТ (В20.6).**

Вторичное (или ВИЧ-ассоциированное) заболевание: **Двусторонняя тотальная пневмоцистная пневмония (В59.Х)** (ШИК положительные включения в альвеолах легких - гистологически, реакция на фибрин отриц., положительная иммуногистохимическая реакция с антителами Monoclonal Mouse Anti-Pneumocystis Jigovesi, clone 3F6, Dako, №, дата).

Осложнения основного заболевания: Отек легких. Анемия. **Кахексия (В59.Х).**

Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С (ИФА крови, №, дата) (В18.2)

¹Письмо Минздрава России от 01.07.2016 г. № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности»

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кахексия (B59.X).
б) Пневмоцистоз (B59.X).
в) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii* (B20.6)
г) –.
II. Хронический вирусный гепатит С (B18.2)

Пример 32

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования, без ВААРТ (иммунный блот положит. №, дата; иммунный статус CD4, CD8, CD4/CD8, №, дата) (B20.0).

Вторичное (или ВИЧ-ассоциированное) заболевание: Генерализованный туберкулез в фазе прогрессирования с поражением легких (двусторонний диссеминированный мелкоочаговый туберкулез, МБТ мокроты положит., бактериоскопич. иссл. №, дата), печени, почек, селезенки, надпочечников (милиарная диссеминация), кишечника (инфильтративно-язвенный туберкулез терминального отдела подвздошной кишки, МБТ кала положит., бактериоскопич. иссл. №, дата), периферических, внутригрудных, забрюшинных, мезентериальных лимфатических узлов (тотальный казеозный лимфаденит) (A19.1)

Осложнения основного заболевания: Отек легких. Кахексия (B59.X).

Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С (ИФА крови положит., №, дата) (B18.2)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кахексия (B59.X).
б) Острый милиарный туберкулез множественной локализации (A19.1)
в) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением микобактериальной инфекции (B20.0)
г) –.
II. Хронический вирусный гепатит С (B18.2)

Пример 33

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В (иммунный блот положит. №, дата, иммунный статус - CD4...), фаза прогрессирования в отсутствие антиретровирусной терапии. (B20.7)

Вторичное (или ВИЧ-ассоциированное) заболевание: 1. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с поражением легких, надпочечников, кишечника (B25.8). 2. Двусторонняя субтотальная пневмоцистная пневмония. 3. Левосторонняя полисегментарная бактериальная пневмония (в мазках-отпечатках легкого кокковая флора)

**Осложнения основного заболевания: Правосторонний спонтанный пневмоторакс (дата).
Операция: Дренирование правой плевральной полости (дата). Отек легких. Кахексия.**

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие цитомегаловирусные болезни (B25.8)
б) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных инфекций (B20.7)
в) –
г) –
II. Операция: Дренирование правой плевральной полости (дата).

Пример 34

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В (СПИД) (иммуноблот + № ... , дата, иммунный статус (дата): CD4, CD8, CD4/CD8) (B20.7).

Вторичные (или ВИЧ-ассоциированное) заболевания: 1. **Токсоплазмоз головного мозга: некротический энцефалит (B58.2)** с множественным поражением коры, белого вещества височно-теменной и затылочной областей, подкорковых ядер билатерально (псевдоцисты токсоплазмы — гистологически, ШИК-реакция положительная, ИГХ с поликлональными антителами *Toxoplasma Gondii*; прижизненно ПЦР-исследование СМЖ – выявлена ДНК *Toxoplasma Gondii*). 2. Двусторонняя полисегментарная пневмоцистная пневмония. 3. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с поражением легких и надпочечников (субтотальный адреналит). 4. Эрозивный эзофагит микотической этиологии (вид гриба)

Осложнения основного заболевания: Левосторонний фибринозный плеврит. Правосторонний гидроторакс (... мл.). Кахексия. Отек головного мозга, отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Токсоплазмозный менингоэнцефалит (B58.2)
б) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных инфекций (B20.7)
в) —.
г) —.
- II. —.

Пример 35

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 5 (иммунный блот положит. №, дата, CD4 5 кл/мкл), фаза прогрессирования в отсутствие антиретровирусной терапии (B20.7).

Вторичные (или ВИЧ-ассоциированное) заболевания: 1. **Криптококковый менингоэнцефалит с поражением головного и спинного мозга (B45.1)** (прижизненное исследование ликвора №, дата, рост *Cr. neoformans*). 2. Генерализованный токсоплазмоз с поражением подкорковых ядер головного мозга (некротический энцефалит с наличием большого числа псевдоцист токсоплазмы), легких, печени. 3. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с поражением легких, печени, надпочечников (субтотальный двусторонний адреналит). 4. Двусторонняя очагово-сливная полисегментарная пневмония (смешанная бактериально-микотическая флора, в посмертных мазках-отпечатках — полиморфная кокковая флора с преобладанием капсульных диплококков, гистологически — дрожжевые и псевдомицелиальные формы грибов, сходные с кандиды)

Фоновое заболевание: Наркомания героиновая (по данным мед. документации) (F11.2).

Осложнения основного заболевания: Двусторонний фибринозный плеврит. Отек легких. Отек головного мозга. Кахексия. Пролежни крестца.

Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит В (анализ крови на маркеры гепатита №, дата) (B18.1). Хронический алкоголизм с полиорганными проявлениями: жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.2).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Церебральный криптококкоз (B45.1)
б) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями множественных инфекций (B20.7)
в) —.
г) —.
- II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов с синдромом зависимости (F11.2)

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с синдромом зависимости (F10.2).

Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента (B18.1)

Пример 36

Основное заболевание: **Хронический вирусный гепатит С (ИФА крови положит., №, дата) с исходом в мелкоузловой цирроз печени (B18.2)** (масса печени 2300 г), активность, и др. характеристика ...

Конкурирующее заболевание: **ВИЧ-инфекция, стадия 4Б (иммунный блот положит. №, дата; иммунный статус), фаза прогрессирования без антиретровирусной терапии.**

Вторичное (или ВИЧ-ассоциированное) заболевание: **Двусторонняя тотальная бактериальная фибринозно-гнойная пневмония** (в мазках-отпечатках легкого смешанная кокково-бациллярная флора или указать результаты бак. исследования легкого - №, дата, выявленная микрофлора) (B20.1)

Осложнения основного заболевания: Синдром портальной гипертензии: **варикозное расширение вен пищевода (K22.8)**, селезеночной вены, асцит (1200 мл), двусторонний гидроторакс (по 900 мл), спленомегалия (420 г.). Печеночная недостаточность (печеночная желтуха; биох. анализ крови - общий билирубин, АСТ, АЛТ). **Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (D62.X)**. Острая постгеморрагическая анемия (неизменная кровь в просвете пищевода, желудка 1800 мл; острое общее малокровие, Hb- ... , эритроциты - 1,2 млн.). Отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая постгеморрагическая анемия (D62.X)

б) Другие уточненные болезни пищевода (K22.8)

в) Хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз печени (B18.2)

г) –

II. Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением бактериальных инфекций (B20.1)

Пример 37

Основное заболевание: **Инфекционный эндокардит (первичный) (I33.0):** полипозно-язвенный эндокардит трикуспидального клапана (в мазке-отпечатке клапанных вегетаций – кокковая флора; бак. иссл. клапана – рост *St. aureus*, №, дата)

Фоновое заболевание: **Героиновая наркомания (F11.2)** (данные анамнеза, следы многочисленных инъекций в паховых областях, на предплечьях).

Осложнения основного заболевания: **Сепсис (A41.0)** (бак. иссл. крови – рост *St. aureus*, №, дата), септикопиемия – тромбозы с кокковой микрофлорой в сосудах легких с формированием геморрагических инфарктов легких с абсцедированием, микроабсцессы в почках, надпочечниках, печени. Слабо выраженный продуктивный реактивный менингит. Синдром системного воспалительного ответа (... клинически). Продуктивный межочечный миокардит, интерстициальный нефрит. Синдром полиорганной недостаточности (... клинически). Жировая дистрофия печени и миокарда. Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция, стадия 2 (иммунный блот положит., №, дата; иммунный статус - ...) (B20.1).

Хронический вирусный гепатит С (ИФА крови, №, дата) (B18.2).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септицемия (Сепсис по МКБ-10-2016), вызванная *Staphylococcus aureus* (A41.0)
б) Острый и подострый инфекционный эндокардит (I33.0)
в) –
г) –
- II. Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением других бактериальных инфекций (B20.1)
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов с синдромом зависимости (F11.2)
Хронический вирусный гепатит С (B18.2)

СИФИЛИС

Основные группы кодов с примечаниями для шифровки разных форм и периодов сифилиса приведены в таблице 3.

Таблица 3

Коды МКБ-10 для шифровки сифилиса

Нозологическая единица	Коды МКБ-10	Примечания
Первичный период – ранний сифилис	A51.0–A51.2, A51.9.	До 7 недель после двухнедельного периода инкубации
Вторичный период – вторичный сифилис	A51.3–A51.4.	Продолжительность, в среднем, 3–4 года
Третичный период — поздний сифилис	A52.0–A52.9.	
Сифилис мертворожденных, недоношенных плодов, ранний врожденный новорожденных и грудных детей	A50.0–A50.2	Варианты врожденного сифилиса
Поздний врожденных детей дошкольного, школьного возраста и взрослых	A50.3–A50.7	Варианты врожденного сифилиса

Формулировка диагноза при сифилисе (A50–A53) должна включать информацию о периоде и проявлениях инфекционного процесса:

- *первичный период* – ранний сифилис (до 7 недель после двухнедельного периода инкубации) – A51.0–A51.2, A51.9. Указываются компоненты первичного сифилитического комплекса (первичный сифилитический аффект — твердый шанкр). В МКБ-10 как ранний сифилис кодируется также сифилис без клинических проявлений с положительной

серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой жидкости, давностью менее 2-х лет после заражения (A51.5);

- *вторичный период* — вторичный сифилис (продолжительность, в среднем, 3-4 года) – A51.3–A51.4. Генерализация инфекции – вторичные сифилиды кожи и слизистых оболочек, сифилитическая алопеция и нарушения пигментации, гепатит, нефрит, мезаортит, миокардит, нейросифилис;
- *третичный период* – поздний сифилис – A52.0–A52.9. Гуммы, деструктивные гуммозные поражения и интерстициальное продуктивное воспаление органов, стенки аорты (мезаортит, аневризма аорты), нейросифилис.

Врожденный сифилис (A50.0–A50.9) включает в себя:

- сифилис мертворожденных, недоношенных плодов, ранний врожденный новорожденных и грудных детей (A50.0–A50.2),
- поздний врожденных детей дошкольного, школьного возраста и взрослых (A50.3–A50.7).

Литература

1. Автандилов Г. Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. 1971;8:66–71.
2. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. М., 1984. 25с.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994. 512с.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. М., 1987. 25с.
5. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — М.: Медицина 2007. 288с.
6. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013.
7. Геморрагический инсульт: Практическое руководство. Под ред. В.И.Скворцовой, В.В.Крылова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160с.
8. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МИА, 2011. 587с.
9. Инсульт: Диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А.Суслиной, М.А.Пирадова. М.: МЕДпресс, 2009.
- 10.Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. 224с.
- 11.Какорина Е.П., Александрова Г.А., Франк Г.А., Мальков П.Г., Зайратьянц О.В., Вайсман Д.Ш. Порядок кодирования причин смерти при некоторых болезнях системы кровообращения. Архив патологии. - 2014. Т.76. № 4. С.45-52.
- 12.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.
- 13.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
- 14.Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- 15.Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от некоторых болезней системы кровообращения. Методические рекомендации. Д.Ш.Вайсман. М.: ЦНИИОИЗ, 2013. 16с.
- 16.Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и

- патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007.
17. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970;23(7):455–468.
 18. Сосудистые заболевания головного мозга: Руководство для врачей / Под ред. Е.И. Гусева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 688с.
 19. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ, 1977. 68с.
 20. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского. Российское общество патологоанатомов. М.: «Практическая медицина», 2016. 96с.
 21. Цинзерлинг А.В.. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза. СПб: Сотис, 1993. 363с.
 22. Цинзерлинг В.А. Пневмонии и другие респираторные инфекции у взрослых. В кн. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Рук. для врачей. Под ред. В.В.Ерохина, Л.К.Романова. М.: Медицина. 2000. – с. 329-350.
 23. Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 672с.
 24. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. (January 1993). "Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment" (PDF). *Stroke*. 24 (1): 35-41. doi: 10.1161/01.STR.24.1.35. PMID 7678184 .
 25. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version 2019. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2019/en>.
 26. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Instruction manual. 5th ed. WHO 2016; 252 p. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.