


СОГЛАСОВАНО

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

 О.В.Зайратьянц

« _____ » _____ 2019г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамент здравоохранения
города Москвы



« 02.08.2019 » 2019г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС III. БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И
ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ
МЕХАНИЗМ
КЛАСС IV. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ,
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
КЛАСС V. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА
ПОВЕДЕНИЯ**

Методические рекомендации № 47

Москва 2019

**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 III. БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И
ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ
МЕХАНИЗМ
КЛАСС IV. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ,
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
КЛАСС V. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА
ПОВЕДЕНИЯ**

Методические рекомендации № 47

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 III. БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И
ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ
МЕХАНИЗМ
КЛАСС IV. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ,
РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
КЛАСС V. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА
ПОВЕДЕНИЯ**

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 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 полнокровие, 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) —.
- п. —.

- 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 III. БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ

Этот класс заболеваний включает в себя разнообразные нозологические единицы, которые могут быть основными заболеваниями, а также синдромы и симптомы, осложняющие течение других заболеваний или травм.

Постгеморрагические острые (D62.X «Острая постгеморрагическая анемия») **или хронические анемии** (D50.0 «Железодефицитная анемия вторичная, вследствие потери крови, хроническая») всегда указываются в диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания» (если, конечно, нозологическая единица или травма — причина этой кровопотери, стала основным заболеванием).

Приобретенный (вторичный) иммунодефицитный синдром, в отличие от врожденного (первичного), выставляется в диагнозе при наличии соответствующих иммунологических показателей, в рубрике «Осложнения основного заболевания», или указывается как одно из проявлений основного или фонового заболевания. При ряде заболеваний, таких как сахарный диабет, алкоголизм и т.д. подразумевается развитие вторичного иммунодефицитного синдрома, но в диагнозе он не указывается, если только не были получены результаты иммунологического исследования.

При развитии инфекционных заболеваний или злокачественных новообразований врожденные (первичные) иммунодефицитные синдромы (D80.- — D89.-, исключен синдром Луи—Бар — G11.3) указываются в диагнозе как основные или фоновые заболевания.

Саркоидоз (D86.-). *Клинико-морфологические формы:*

- саркоидоз легких (D86.0);
- саркоидоз лимфатических узлов (D86.1);
- саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов (D86.2);

саркоидоз кожи (D86.3):

- типичный — кожный саркоид Бека, ознобленная волчанка Бенье—Тенессона, ангиолюпоид Брока—Потрие, подкожный саркоид Дарье—Русси,

- атипичный — пятнистый, лихеноидный, псориазоподобный саркоидоз, типа себорейной экземы и др.,

- неспецифические поражения — узловая эритема и другие виды дерматозов;

- саркоидоз других уточненных и комбинированных локализаций (D86.8).

Осложнения саркоидоза: стеноз бронха, постсаркоидный пневмосклероз, эмфизема легких, плеврит, вторичная легочная гипертензия с легочным сердцем и др.

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса (устаревшее - гистиоцитоз X) представлен болезнью Хенда—Шюллера—Крисчена (экзофтальм, костные деструкции, несахарный диабет), эозинофильной гранулемой (нередко, легких) (D76.0 «Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, не классифицированный в других рубриках») и некоторыми другими синдромами. Из класса III исключены его клинико-морфологические формы, являющиеся злокачественными опухолями из гистиоцитов, например, болезнь Леттерера—Сиве (C96.0), острый прогрессирующий (злокачественный) гистиоцитоз (C96.1) и другие.

Ниже приведены примеры некоторых диагнозов (пример 1 – 5)

Пример 1

Основное заболевание: Аутоиммунная гемолитическая анемия (D59.1) (анализ крови, данные иммунологического обследования — ..., дата): гиперплазия костного мозга плоских и трубчатых костей. Гемосидероз печени, селезенки и лимфатических узлов

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее малокровие. Жировая дистрофия печени и миокарда. **Выраженный отек легких (J81.X).**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

б) Другие аутоиммунные гемолитические анемии (D59.1).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 2

Основное заболевание: **Идиопатическая апластическая анемия (D61.3)** (анализ крови, данные иммунологического и других видов обследования — ..., дата): аплазия костного мозга плоских и трубчатых костей

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее малокровие. Жировая дистрофия печени и миокарда. **Выраженный отек легких (J81.X).**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

б) Идиопатическая апластическая анемия (D61.3).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 3

Основное заболевание: **Идиопатическая апластическая анемия (D61.3)** (анализ крови, данные иммунологического и других видов обследования — ..., дата): аплазия костного мозга плоских и трубчатых костей

Сочетанное заболевание: **Постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз (I25.8)** (локализация, размеры). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стадия, степень, процент стеноза конкретных артерий)

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее малокровие. Жировая дистрофия печени и миокарда. Острый трансмуральный инфаркт миокарда типа 2 передней стенки левого желудочка (размеры очага, дата или давность). **Выраженный отек легких (J81.X).**

Медицинское свидетельство о смерти

I а) Отек легких

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

в) Идиопатическая апластическая анемия (D61.3).

г) —.

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

Пример 4

Основное заболевание: **B12-дефицитная анемия (D51.0)** (данные анализа крови — ..., дата): атрофия слизистой оболочки желудка, гиперплазия костного мозга плоских и трубчатых костей

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее малокровие. Жировая дистрофия миокарда и печени; гидроторакс, гидроперикард, асцит. **Отек легких (J81.X).**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

б) Витамин-B12-дефицитная анемия вследствие дефицита внутреннего фактора (D51.0)

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 5

Основное заболевание: **Саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов (D86.2)** (указать гистологические данные). Интерстициальный фиброз и буллезная

эмфизема легких. Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия преимущественно правого желудочка сердца (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,6 см, ЖИ 1,0)

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8)**. Хроническое общее венозное полнокровие. Мускатный фиброз печени, цианотическая индурация селезенки и почек. Асцит, анасарка. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов (D86.2).

в) —.

г) —.

II. —.

КЛАСС IV. БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Болезни эндокринной системы

В основу рубрик этого класса МКБ-10 легли классификации эндокринных заболеваний, например, сахарного диабета (СД), которые к настоящему времени, нередко, уже устарели, что следует учитывать при формулировке диагноза и кодировании причин смерти: в диагнозе следует применять современные термины и классификации, а при кодировании подбирать наиболее соответствующие синонимы из МКБ-10.

Сахарный диабет

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов¹.

Ниже приведена современная классификация СД с кодами МКБ-10 (Таблица 1).

¹Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И.Дедова, М.В.Шестаковой, А.Ю.Майорова (Сахарный диабет.2019;22(S1); Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.

Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999, с дополнениями) с кодами МКБ-10¹

Классификация сахарного диабета	Коды и термины МКБ-10
1. СД 1-го типа (деструкция β -клеток, обычно развивается абсолютная инсулиновая недостаточность). А. Иммуноопосредованный. Б. Идиопатический.	E10.- «Инсулинзависимый сахарный диабет»
2. СД 2-го типа - с преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или - с преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее	E11.- «Инсудиннезависимый сахарный диабет»
3. Другие специфические типы СД. - Генетические дефекты функции β -клеток - Генетические дефекты действия инсулина - Заболевания экзокринной части поджелудочной железы - Эндокринопатии - СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами - Инфекции - Необычные формы иммунологически опосредованного СД - Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с СД	E13.- «Другие уточненные формы СД» P70.2 - «Сахарный диабет новорожденных» Термины и коды соответствующих заболеваний
4. Гестационный СД (диабет беременных, кроме манифестного СД)	O24.- «Сахарный диабет при беременности, во время родов и в послеродовом периоде»

Другие специфические типы СД

• Генетические дефекты функции β-клеток	
- MODY-1 - MODY-2 - MODY-3 - Очень редкие формы MODY	- Транзиторный неонатальный СД* - Перманентный неонатальный СД* - Мутация митохондриальной ДНК - Другие
• Генетические дефекты действия инсулина	
- Инсулинорезистентность типа А - Лепречаунизм	- Синдром Рабсона – Менденхолла - Липоатрофический СД - Другие
• Заболевания экзокринной части поджелудочной железы	
- Панкреатит - Травма/ панкреатэктомия - Опухоли - Муковисцидоз	- Гемохроматоз - Фиброкалькулезная панкреатопатия - Другие
• Эндокринопатии	

<ul style="list-style-type: none"> – Акромегалия – Синдром Кушинга – Глюкагонома – Феохромоцитома 	<ul style="list-style-type: none"> – Гипертиреоз – Соматостатинома – Альдостерома – Другие
• СД, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами	
<ul style="list-style-type: none"> – Никотиновая кислота – Глюкокортикоиды – Тиреоидные гормоны – α-адреномиметики – β-адреномиметики – β-адреноблокаторы – Тиазиды 	<ul style="list-style-type: none"> – Диазоксид – Дилантин – Пентамидин – Вакор – α-интерферон – Другие (в т.ч. лечение ВИЧ, посттрансплантационный СД)
• Инфекции: <ul style="list-style-type: none"> – Врожденная краснуха – Цитомегаловирус – Другие 	
• Необычные формы иммунологически опосредованного СД	
<ul style="list-style-type: none"> – Антитела к инсулину – Антитела к рецепторам инсулина – «Stiff-man» –синдром (синдром «ригидного человека») 	<ul style="list-style-type: none"> – Аутоиммунный полигландулярный синдром I и II типа – IPEX-синдром – Другие
• Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с СД	
<ul style="list-style-type: none"> – Синдром Дауна – Атаксия Фридрейха – Хорея Гентингтона – Синдром Клайнфельтера – Синдром Лоренса-Муна-Бидля – Миотоническая дистрофия 	<ul style="list-style-type: none"> – Порфирия – Синдром Прадера-Вилли – Синдром Тернера – Синдром Вольфрама – Другие

В связи с отсутствием в современной классификации понятий тяжести и компенсации СД при формулировке клинического диагноза указывается индивидуальный целевой уровень гликемического контроля (как правило, гликированного гемоглобина HbA1c). Поэтому встает вопрос о необходимости внесения индивидуальных целей гликемического контроля при формулировке патологоанатомического диагноза СД (особенно в случае указаний показателей биохимии крови). Но, с другой стороны, это указание при летальном исходе не является логичным и пока не применяется.

¹Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И.Дедова, М.В.Шестаковой, А.Ю.Майорова (Сахарный диабет.2019;22(S1); Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 9-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2019.

При формулировке патологоанатомического диагноза при острых осложнениях СД принято указывать результаты биохимического анализа крови (например, глюкоза крови от... - ... ммоль/л).

В клинических диагнозах при диабетической нефропатии помимо указаний на протеинурию и т.д., принято, в зависимости от уменьшения скорости клубочковой фильтрации указывать стадию хронической болезни почек (ХБП) с 1-й до 5-й. В патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах целесообразно ссылаться на эти данные, клиническое надморфологическое (синдромное) понятие ХБП пора внедрять в морфологическую практику (см. раздел «Болезни мочеполовой системы данных методических рекомендаций).

Основным заболеванием (первоначальной причиной смерти) СД традиционно принято указывать у умерших от таких его проявлений и смертельных осложнений, как разные виды диабетической комы (от гипердо гипогликемической), синдром Киммельстила-Уилсона и диабетической гангрены конечностей. Важно подчеркнуть, что даже в таких ситуациях требуется глубокий анализ танатогенеза, и любой диагноз с основным заболеванием СД должен быть убедительно обоснован.

Определенные трудности вызывает формулировка диагноза, выбор и кодирование причин смерти при сочетании СД и разных видов некроза миокарда (см. класс IX «Болезни системы кровообращения»). Ниже приведены три варианта таких возможных сочетаний (примеры 1 – 3).

Пример 1

Основное заболевание: Сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями... (E11.7)

Осложнения основного заболевания: Метаболические некрозы миокарда в области ... (размеры, дата). **Острая сердечно-сосудистая (левожелудочковая) недостаточность (I50.0).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.0)

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

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 2

Основное заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями... (E11.7)**

Сочетанное заболевание: Постинфарктный кардиосклероз (I25.8)
Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца

Осложнения основного заболевания: **Трансмуральный циркулярный инфаркт миокарда типа 2 (I21.2)** (очаг некроза миокарда, размеры, дата) в области верхушки сердца **Острая сердечно-сосудистая (левожелудочковая) недостаточность (I50.0)**. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких (I50.0)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.0)

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

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

г) —.

II. —.

Пример 3

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда типа I нижней стенки (I21.1)** (размеры, дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (стадия, степень, преимущественный стеноз конкретной артерии, нестабильная атеросклеротическая бляшка и тромб ... артерии)

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями... (E11.7):**

Осложнения основного заболевания: **Кардиогенный шок (R57.0)**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0)

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

в)

г) —.

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

Не совпадают коды МКБ-10 и с современными классификациями болезней щитовидной железы, хотя общепринятой международной классификации ее заболеваний не существует. В России применяется классификация, предложенная И.И. Дедовым и соавт. (1994), в основу которой положено функциональное состояние щитовидной железы (Таблица 2).

**Функциональная (синдромальная) классификация заболеваний
щитовидной железы¹**

<p>Синдром тиреотоксикоза</p> <p><i>I. Тиреотоксикоз, обусловленный повышенной продукцией гормонов ЩЖ</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь Грейвса 2. Многоузловой токсический зоб <p><i>II. Тиреотоксикоз, обусловленный продукцией тиреоидных гормонов вне ЩЖ (хорионэпителиома, struma ovarii)</i></p> <p><i>III. Тиреотоксикоз, не связанный с гиперпродукцией гормонов ЩЖ</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозный тиреотоксикоз 2. Тиреотоксическая фаза деструктивных тиреоидитов (подострый, послеродовой)
<p>Синдром гипотиреоза</p> <p><i>I. Первичный гипотиреоз</i></p> <p><i>II. Гипотиреоз центрального генеза (вторичный)</i></p> <p><i>III. Нарушение транспорта, метаболизма и действия тиреоидных гормонов</i></p>
<p>Заболевания ЩЖ, протекающие без нарушения функции</p> <p><i>I. Эутиреоидный зоб</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зоб, обусловленный нарушением синтеза тиреоидных гормонов 2. Зоб, обусловленный зобогенными веществами <p><i>II. Тиреоидная неоплазия</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доброкачественные опухоли 2. Злокачественные опухоли <p><i>III. Тиреоидиты</i></p>

В клинической практике большее значение имеет функциональная классификация заболеваний щитовидной железы. При установлении диагноза заболевания щитовидной железы без нарушения ее функции особое внимание необходимо уделить морфологическому компоненту (с применением, при необходимости, классификации новообразований) и компрессионным осложнениям.

При постановке диагноза диффузного токсического зоба IV степени, как конкурирующего заболевания при хронической (застойной) сердечной недостаточности, необходимо учитывать возраст пациента, наличие других хронических заболеваний, осложнением которых может быть застойная сердечная недостаточность.

¹ Национальное руководство «Эндокринология». Под ред. И.И.Дедова и Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019г.

Расстройства питания и нарушения обмена веществ

Ожирение относится к числу одних из наиболее распространенных заболеваний и может быть самостоятельным заболеванием или синдромом, развивающимся при различных врождённых и приобретенных видах патологии. Ожирение может быть стабильным, прогрессирующим и резидуальным, а также общим и местным (липодистрофии, липоматозы). Гистологически различают ожирение по гипертрофическому, гиперпластическому и смешанному типам, в зависимости от преобладания гипертрофии или гиперплазии липоцитов.

Степень ожирения определяется с помощью индекса массы тела — ИМТ (масса тела в килограммах, деленная на рост человека в метрах, возведенный в квадрат — $\text{кг}/\text{м}^2$). Нормой считается ИМТ, равный 18-25 $\text{кг}/\text{м}^2$, повышенная масса тела — 25,0 — 29,9 $\text{кг}/\text{м}^2$, ожирение I степени — 30,0-34,9 $\text{кг}/\text{м}^2$, II степени — 35-39,9 $\text{кг}/\text{м}^2$, III степени — более 40 $\text{кг}/\text{м}^2$ (ВОЗ, 1997).

Классификация ожирения изложена в национальных клинических рекомендациях Минздрава РФ по морбидному ожирению у взрослых (2016), разработчиками которого явились Российская ассоциация эндокринологов и Общество бариатрических хирургов.

Именно морбидное ожирение с ИМТ ≥ 40 $\text{кг}/\text{м}^2$ или с ИМТ ≥ 35 $\text{кг}/\text{м}^2$ при наличии связанных с ним серьезных осложнений, является угрожающим состоянием, возможно приводящем к летальным исходам.

При синдроме Пиквика (Е66.2 «Крайняя степень ожирения, сопровождающаяся альвеолярной гиповентиляцией» - синдром Пиквика), в случае наличия тяжёлых необратимых нарушений дыхательной системы ожирение может быть рассмотрено как основное заболевание (первоначальная причина смерти). При этом в диагнозе следует перечислить его проявления: сочетание ожирения (обычно андроидного типа, III степени), лёгочной гиповентиляции, вторичной лёгочной гипертензии с

лёгочным сердцем и прогрессирующей правожелудочковой недостаточностью (клинически – сонливостью днем, синдромом апноэ во сне), вторичной полицитемией, вторичной артериальной гипертензией.

Во всех других случаях ожирение относится к сопутствующим заболеваниям (или проявлениям других болезней).

Противоположностью ожирения является кахексия (при многих заболеваниях указывается в диагнозе как осложнение, нередко смертельное), для шифрования которой в МКБ-10 предусмотрены коды R64.X «Кахексия» (синдром истощения вследствие заболевания, кроме вызванного ВИЧ-инфекцией – код B22.2), а также, из-за других причин - E41.X «Алиментарный маразм» и E43.X «Тяжелая белково-энергетическая недостаточность неуточненная». Не являясь нозологической единицей (за исключением обусловленной внешними причинами, главным образом, в практике судебно-медицинской экспертизы), кахексия не может быть основным, коморбидным, или сопутствующим заболеванием (Примеры 4, 5).

Пример 4

Основное заболевание: **Рак левого яичника (C56.X)** (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически), метастазы рака в тазовые и парааортальные лимфатические узлы, в печень, канцероматоз брюшины (T4N1M1). Комбинированное лечение рака: операция экстирпации матки с придатками (дата), до- и послеоперационные курсы химиотерапии (число курсов, препараты)

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

Сопутствующие заболевания: Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (A15.2).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия (R64.X)

б) Злокачественное новообразование яичника (C56.X).

в) -

г) -

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

Операция экстирпации матки с придатками (дата).

Пример 5

Основное заболевание: **ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования, без ВААРТ (иммунный блот положит. №, дата; иммунный статус СД4, СД8, СД4/СД8, №, 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)

Опухоли эндокринных желез

Опухоли эндокринных желез (как функционально активные, так и неактивные) включены в класс II МКБ-10 («Новообразования»). Для специальных разработок (но не в МСС) соответствующие коды класса IV «Болезни эндокринной системы, ...» можно использовать в качестве вторых дополнительных для идентификации функционально активных новообразований эндокринных желез и эктопической эндокринной ткани, а также гиперфункции и гипофункции эндокринных желез, связанных с новообразованиями и другими расстройствами, классифицированными в других рубриках.

Примеры (6 – 15) патологоанатомических диагнозов:

Пример 6

Основное заболевание: Сахарный диабет 1-го типа (глюкоза крови — ..., дата): атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия. ... Диабетический нефросклероз (E10.0).

Осложнения основного заболевания: Кетоацидотическая кома (биохимия крови — ..., дата). Жировая дистрофия печени, миокарда. Некротический нефроз, отек легких. Выраженный отек головного мозга с дислокационным синдромом (G93.5)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)

б) Инсулинзависимый сахарный диабет с комой (E10.0).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 7

Основное заболевание: Сахарный диабет 1-го типа (глюкоза крови — ..., дата): атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетический нефроцирроз (E10.2). ХБП, стадия 5 (клинически),

Осложнения основного заболевания: Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2016) (биохимия крови — ..., дата): фибринозный плеврит, перикардит («волосатое» сердце), геморрагический гастроэнтероколит; точечные кровоизлияния в кожу и серозные оболочки; двусторонняя мелкоочаговая фибринозно-геморрагическая пневмония; отек легких и головного мозга; жировая дистрофия печени, миокарда

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-10-2016).

б) Инсулинзависимый сахарный диабет с поражением почек (E10.2).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 8

Основное заболевание: Сахарный диабет 2-го типа (глюкоза крови — ..., дата): атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Синдром диабетической стопы (E11.5): Диабетическая макро- и микроангиопатия: Стенозирующий атеросклероз левой бедренной артерии (стадия, степень, процент стеноза конкретных артерий). Диабетический гломерулосклероз

Осложнения основного заболевания: Двусторонняя очагово-сливная пневмония в нижних долях (этиология) (J18.0). Хроническая почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата). Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Бронхопневмония неуточненная (J18.0).

б) Инсулиннезависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения (E11.5).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 9

Основное заболевание: Острый повторный трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) заднебоковой стенки левого и задней стенки правого желудочков (I21.2) (давностью около 3 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см). Атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб длиной 2 см нисходящей ветви левой артерии, стеноз до 75% устья левой артерии)

Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2-го типа (глюкоза крови - ..., дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз артерий основания

головного мозга до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия — клинически) (E11.7).

Осложнения основного заболевания: Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность. **Острая сердечно-сосудистая (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)
б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций (I21.2).
в) —.
г) —.
- II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

Пример 10

Основное заболевание: **Флегмона верхней и средней трети бедра (L03.1)** (бактериология – *Staphylococcus aureus*, номер, дата исследования)

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ..., дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия, диабетический нефросклероз (E11.7).**

Осложнения основного заболевания: **Сепсис (бактериология – *Staphylococcus aureus*, номер, дата исследования) (A41.0):** септицемия, септический шок: синдром системного воспалительного ответа (показатели ...). Гиперплазия селезенки (масса ...). Синдром полиорганной недостаточности (показатели ...). Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. ДВС-синдром. Некрозы миокарда задней и боковой стенок левого желудочка

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септицемия (Сепсис по МКБ-10-2016), вызванная *Staphylococcus aureus* (A41.0)
б) Флегмона других отделов конечностей (L03.1)
в) —.
г) —.
- II. Инсулиннезависимый сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями (E11.7)

Пример 11

Основное заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ..., дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия: Диабетическая ретинопатия, полинейропатия (клинически). Диабетический нефросклероз (E11.7).**

Осложнения основного заболевания: **Инфаркт миокарда типа 2 в задней стенке левого желудочка и верхушке сердца (I21.2). Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Острое общее венозное полнокровие: отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)
б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций (I21.2)

- в) Инсулиннезависимый сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями (E11.7)
г) —.
п. —.

Пример 12

Основное заболевание: **Рак левой молочной железы в области нижненаружного квадранта (C50.5)** (инфильтрирующий неспецифический рак — гистологически). Метастазы в левые подключичные, подмышечные лимфатические узлы, правую молочную железу, легкие, печень (T4N1M1). Курсы лучевой и химиотерапии.... (характеристика).

Сочетанное заболевание: **Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N11.8)**. ХБП, стадия 3 (клинически).

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ... , дата). Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия (E11.7).**

Осложнения основного заболевания: **Очаговая сливная бронхопневмония в ... сегментах левого легкого (этиология не уточнена) (J18.0)**. Множественные очаги некроза миокарда в области верхушки сердца. **Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1)**. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце (I26.0).
б) Флебит и тромбоз флебит других глубоких сосудов нижних конечностей (тромбоз глубоких вен) (I80.2)
в) Злокачественное новообразование молочной железы, нижненаружного квадранта (C50.5).
г) —.
II. Острый тубулоинтерстициальный нефрит (N10.X)
Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

Пример 13

Основное заболевание: **Пневмония (внебольничная): стафилококковая (бактериологическое исследование, номер, дата), очагово-сливная в III-X сегментах обоих легких (J15.2).**

Фоновое заболевание: **Сахарный диабет 2-го типа с множественными осложнениями (...) (E11.7).**

Осложнения основного заболевания: **Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0)**. Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0)
б) Пневмония, вызванная стафилококком (J15.2).
в) —.
г) —.
II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7).

Пример 14

Основное заболевание: **Диффузный токсический зоб (E05.0)**, тяжелая форма (результаты клинических анализов), объем и масса щитовидной железы. Тиреотоксическое сердце, тиреотоксическая печень

Осложнения основного заболевания: **Хроническая сердечная недостаточность (I50.0)**. Хроническое общее венозное полнокровие: мускатная печень, цианотическая индурация селезенки, почек, анасарка, асцит, гидроторакс. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Тиреотоксикоз с диффузным зобом (E05.0).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 15

Основное заболевание: **Муковисцидоз: кистозный фиброз поджелудочной железы (E84.8)**.

Осложнения основного заболевания: **Сепсис (код зависит от этиологии сепсиса)**. (септицемия, результаты бактериологического исследования, дата): двусторонняя тотальная крупноочаговая пневмония с абсцедированием. Синдром системного воспалительного ответа (показатели — ..., дата), миелоидная гиперплазия селезенки, лимфатических узлов; синдром полиорганной недостаточности (показатели — ... , дата), жировая дистрофия печени и миокарда

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септицемия (код зависит от этиологии).

б) Кистозный фиброз с другими проявлениями (E84.8)

в) —.

г) —.

II. —.

КЛАСС V. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Психические расстройства указывают в качестве основного заболевания, только если они сами или через свои осложнения (в том числе, связанные с лечением, если оно было проведено правильно и по показаниям) привели больного к смерти. Если больной скончался от соматического заболевания, не связанного с психическими нарушениями, то именно это соматическое заболевание учитывается как основное заболевание и становится первоначальной причиной смерти (примеры 1 - 7).

Пример 1

Основное заболевание: **Подкорковая сосудистая (атеросклеротическая) деменция (характеристика - клинически) (F01.2)**. Атрофия больших полушарий головного мозга, внутренняя и наружная гидроцефалия. Стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (стадия, степень, % стеноза преимущественно ... артерии)

Осложнения основного заболевания: **Очаговая (или очаговая сливная) бронхопневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae* (J15.0)** (бактериологическое исследование, дата), в V-X сегментах правого легкого Отек легких. Отек головного мозга
Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз.... Атеросклероз коронарных артерий сердца Операция ампутации правой стопы по поводу атеросклеротической гангрены (дата).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae* (J15.0)

б) Подкорковая сосудистая деменция (F01.2).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 2

Основное заболевание: **Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей (локализация) (I80.2)**.

Сочетанное заболевание: **Шизофрения параноидная (непрерывное течение, характеристика - клинически) (F20.0)**.

Осложнения основного заболевания: **Тромбоэмболия легочной артерии (I26.0)**
Острое общее венозное полнокровие. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей (I80.2).

в) —.

г) —.

II. Параноидная шизофрения (F20.0).

Пример 3

Основное заболевание: **Сосудистый психоз (органический галлюциноз, характеристика - клинически) (F06.0).** Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (...)

Фоновое заболевание: **Гипертоническая болезнь: (I11.0).**

Осложнения основного заболевания: **Очаговая (или очаговая сливная) бронхопневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae* (J15.0)** (бактериологическое исследование, дата), в V-X сегментах правого легкого. Хроническое общее венозное полнокривие: ... Отек легких. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae* (J15.0)

б) Органический галлюциноз (F06.0).

в) —.

г) —.

II. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-2016)

Пример 4

Основное заболевание: **Шизофрения, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидная форма (по данным истории болезни) (F20.0).**

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия (R64.X).

б) Шизофрения (F20.0).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 5

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка, межжелудочковой перегородки (I21.2)** (размеры очага, давность или дата инфаркта). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стадия, степень, максимальный процент стеноза ... артерии, нестабильная осложненная атеросклеротическая бляшка и красный тромб ... артерии)

Осложнения основного заболевания: **Острая сердечная недостаточность (клинически) (I50.1).** Острое общее венозное полнокривие. Отек легких

Сопутствующие заболевания: Шизофрения, непрерывный тип течения (по данным истории болезни).

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 6

Основное заболевание: Сосудистая (атеросклеротическая) деменция (по данным ист.. болезни, вид, стадия, клиническая характеристика) (F01.- четвертый знак зависит от ее вида). Хроническая ишемия головного мозга. Атрофия коры больших полушарий головного мозга, внутренняя гидроцефалия. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ... артерии до 50%)

Осложнения основного заболевания: Правосторонняя тотальная очаговая пневмония (этиология не уточнена) (J18.0).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Бронхопневмония неуточненная (J18.0).
- б) Атеросклеротическая деменция (F01.-, четвертый знак зависит от ее вида).
- в) —.
- г) —.
- II. —.

Пример 7

Основное заболевание: Сосудистая деменция (по данным истории болезни, вид, стадия, другая характеристика — клинически) (F01.-, четвертый знак зависит от ее вида). Хроническая ишемия головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%), умеренно выраженные атрофия коры больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия

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 (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки. ХБП, стадия 2 (клинически).

Осложнения основного заболевания: Двусторонняя очаговая сливная пневмония в нижних долях (этиология не уточнена) (J18.0). Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Бронхопневмония неуточненная (J18.0).
- б) Сосудистая деменция (F01.-, четвертый знак зависит от ее вида).
- в) —.
- г) —.
- II. Реноваскулярная гипертензия (I15.0).

Правила формулировки диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти при разных вариантах сосудистой деменции представлены вместе с хроническими формами цереброваскулярных болезней в классе IX «Болезни системы кровообращения», часть 3.

Алкогольная болезнь (алкоголь-индуцированная патология)¹

Алкогольная болезнь рассматривается как группа нозологических форм, объединяющих стадийные полиорганные нарушения, вызванные воздействием этанола (этилового спирта).

1-ой стадии – эпизодических острых алкогольных интоксикаций, соответствует простому алкогольному опьянению, или острой алкогольной интоксикации (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, острая интоксикация - F10.0).

2-й стадии – пагубное употребление алкоголя (злоупотребление алкоголем) в диагнозе принято обозначать как хроническую алкогольную интоксикацию (ХАИ) без упоминания о синдроме зависимости (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, без синдрома зависимости - F10.1)

3-й стадии – пагубное употребление алкоголя (злоупотребление алкоголем) с синдромом зависимости – хронический алкоголизм (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, с синдромом зависимости - F10.2)

Традиционно в отечественной медицине алкогольный абстинентный синдром, алкогольные психозы, включая алкогольный делирий, артериальную гипертензию и острое нарушение мозгового кровообращения относят к осложнениям хронического алкоголизма, однако в МКБ-10 абстинентное состояние (F10.3), абстинентное состояние с делирием (F10.4), психотические расстройства (F10.5), амнестический синдром (F10.6), деменция, вызванные хронической алкогольной интоксикацией с зависимостью (F10.7), имеют самостоятельные четырехзначные коды.

¹Формулировка 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.

Острая алкогольная интоксикация (F10.0), острое опьянение при алкоголизме, алкогольное опьянение, простое алкогольное опьянение – результат основного действия этанола, которое заключается в появлении опьянения, т.е. комплекса психических и неврологических расстройств, сопровождающихся характерными симптомами.

Глубина опьянения, скорость его развития зависит от количества выпитых спиртных напитков, их крепости и индивидуальных особенностей человека.

Выделяют 3 степени опьянения:

- *легкая* - концентрация алкоголя в крови до 2‰, что соответствует 0,5-1,5 мл чистого этанола на 1 кг массы тела человека;
- *средняя* - в крови выявляется 2-3‰ алкоголя, (1,5-2,5 мл на 1 кг массы тела);
- *тяжелая* - возникает при концентрации этанола в крови 3-5‰ и больше (2,5-4,5 мл алкоголя на 1 кг массы).

При тяжелой степени опьянения развивается кома, которая может быть непосредственной причиной смерти наряду с асфиксией, обусловленной глубокой аспирацией рвотных масс, острой сердечной недостаточностью.

При поступлении в стационар у пациента с подозрением на алкогольное опьянение/отравление, необходимо взять кровь (мочу) на выявление этанола, с заполнением «Направления на химико-токсикологическое исследование» по форме 452/у-06¹. При определении содержания этанола в крови и моче у трупа для оценки степени тяжести алкогольного опьянения (отравления) следует пользоваться специальными таблицами (см. руководства по судебной медицине), которые учитывают время, прошедшее после момента предполагаемого употребления алкоголя и после наступления смерти.

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. № 40.

В случае летального исхода от острой алкогольной интоксикации – отравления этанолом (этиловым спиртом) и/или его суррогатами (Т51.-), последнее всегда выставляется в диагнозе как основное заболевание (самостоятельная нозологическая единица) – первоначальная причина смерти.

Отравление алкоголем в ряде случаев развивается у пациентов при наличии фоновых заболеваний – ХАИ или хронического алкоголизма. Заключительный клинический диагноз отравления этанолом и/или его суррогатами требует направления тела умершего на судебно-медицинское вскрытие, поэтому принципы формулировки судебно-медицинского диагноза в таких ситуациях в данных рекомендациях не рассматриваются и изложены в соответствующих судебно-медицинских нормативно-распорядительных документах.

Пагубное употребление алкоголя без синдрома зависимости (F10.1), указывает на его регулярное, систематическое употребление (пьянство привычное, бытовое) в дозах, когда организм не в состоянии полностью перерабатывать алкоголь и его метаболиты, ведущее к состоянию с развитием полиорганных морфологических проявлений (алкогольных висцеропатий), поэтому может быть обозначено как болезнь и соответствует по своей сути термину «хроническая алкогольная интоксикация» (ХАИ).

Хроническая алкогольная интоксикация – групповое понятие, при котором в диагнозе, в зависимости от тяжести поражения и клинкоморфологических проявлений, на первый план выходит характерное алкогольное поражение одного из органов, которое соответствует нозологическим формам по МКБ-10 и в случаях летального исхода представляется основным заболеванием (первоначальной причиной смерти).

Разнообразные соматические, неврологические и психические расстройства (нозологические формы и синдромы) при алкогольной болезни

в МКБ-10 отражены в разных классах, рубриках и кодах, которые сгруппированы в таблице 1.

Таблица 1

**Классы, рубрики и коды МКБ-10 (в ее модификации 2014 и 2019 гг.¹)
для шифрования нозологических форм и синдромов, входящих в
групповое понятие «алкогольная болезнь»**

Нозологическая единица, синдром	Код МКБ-10	Примечание
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ		
Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем	E24.4	—
Класс V. Психические расстройства и расстройства в поведении		
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	F10	Родовое понятие Четвертый знак кода определяет клиническую характеристику состояния
Острая интоксикация. Острое опьянение при алкоголизме Алкогольное опьянение БДУ Патологическая интоксикация	F10.0	Эти нарушения связаны с острым фармакологическим действием этанола и через некоторое время полностью исчезают. При летальном исходе не применяется (используется код T51.0 с дополнительными кодами класса XX)
Пагубное употребление Без синдрома зависимости	F10.1	Злоупотребление алкоголем без зависимости. Синоним — хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ)
Синдром зависимости Хронический алкоголизм	F10.2	—
Абстинентное состояние	F10.3	Группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих в результате полного или частичного удаления из организма психоактивного вещества после постоянного его употребления.
Абстинентное состояние с делирием. Белая горячка (алкогольная)	F10.4	—
Психотическое расстройство. Алкогольный(ая): галлюциноз, бред ревности, паранойя, психоз БДУ	F10.5	Комплекс психотических симптомов, возникающих во время или после употребления алкоголя. Расстройство характеризуется галлюцинациями, расстройствами восприятия, бредом, психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором).
Амнестический синдром. Амнестическое расстройство, обусловленное алкоголем или наркотиком. Корсаковский психоз или синдром, обусловленный	F10.6	Синдром, характеризующийся выраженным хроническим снижением памяти на недавние и отдаленные события. Память на

алкоголем		недавние события обычно нарушена сильнее, чем на отдаленные. Другие познавательные функции обычно хорошо сохранены.
Резидуальные и отсроченные психотические расстройства. Алкогольная деменция БДУ. Хронический алкогольный церебральный синдром	F10.7	—
Другие психические расстройства и расстройства поведения	F10.8	—
Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное	F10.9	—
Класс VI. Болезни нервной системы		
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем. Алкоголизм: мозжечковый (атаксия, дегенерация), церебральная дегенерация, энцефалопатия, расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, вызванное алкоголем	G31.2	Алкогольная энцефалопатия
Особые эпилептические синдромы. Эпилептические припадки связанные с употреблением алкоголя	G40.5	—
Алкогольная полиневропатия	G62.1	—
Алкогольная миопатия	G72.1	—
Класс IX. Болезни системы кровообращения		
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6	—
Класс XI. Болезни органов пищеварения		
Эзофагит: химический	K20	При необходимости идентифицировать токсическое вещество и причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX)
Язва пищевода. Эрозия пищевода, вызванная: химическими веществами	K22.1	—
Алкогольный гастрит	K29.2	—
Токсический гастроэнтерит и колит	K52.1	—
Алкогольная болезнь печени	K70.-	Родовое понятие
Алкогольная жировая дистрофия печени	K70.0	—
Алкогольный гепатит (хронический)	K70.1	—
Алкогольный фиброз и склероз печени	K70.2	—
Алкогольный цирроз печени	K70.3	—
Алкогольная печеночная недостаточность: острая, хроническая, подострая, с печеночной комой или без нее	K70.4	Синдром, не может быть использован как нозологическая форма
Алкогольная болезнь печени неуточненная	K70.9	Не употребляется
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0	—
Острый алкоголь-индуцированный панкреатит	K 85.2	Как синоним может употребляться термин алкогольный панкреонекроз
Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде		
Поражение плода и новорожденного, обусловленные потреблением алкоголя матерью.	P04. 3	Исключен: алкогольный синдром у плода (Q86.0).
Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения		
Синдром врожденных аномалий (пороков развития), обусловленные известными факторами, не классифицированные в других рубриках.	Q86	Родовое понятие
Алкогольный синдром у плода (дизморфия)	Q86.0	—

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин		
Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения	T51— T65	Родовое понятие
Токсическое действие алкоголя	T51	Родовое понятие
Этанола, этилового спирта	T51.0	—
Метанола, метилового спирта	T51.1	—
2-Пропанола, изопропилового спирта	T51.2	—
Сивушных масел	T51.3	—
Других спиртов	T51.8	—
Спирта неуточненного	T51.9	—
Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (класс XX должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывавшему на характер патологического состояния)		
Случайное отравление и воздействие ядовитыми веществами	X40— X49	Родовое понятие
Случайное отравление и воздействие алкоголем. Включены: спирт БДУ. Этиловый спирт	X45	—
Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	X65	—
Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	Y15	—

Примечание: ¹Письмо Минздрава России от 05.12.2014 г. № 13-2/1664 «Перечень добавленных и исключенных рубрик МКБ-10» и сайт www.mkb-10.com.

Для другой алкогольной органной патологии, такой как веноокклюзионные поражения печени с синдромом портальной гипертензии, IgA-нефрит, нередко вызванные алкоголем, следует использовать соответствующие коды МКБ-10, представленные без указания на алкогольный характер патологического процесса.

В диагнозе не допускается подменять терминами «токсический», «алиментарный» или «смешанный» термин «алкогольный» при соответствующих нозологических единицах из группы алкогольных висцеропатий (алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия и др.)¹.

ХАИ или, терминами МКБ-10, «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, без синдрома зависимости» (F10.1), оценивается как 2-я стадия алкогольной болезни, при которой психосоматические процессы нередко ещё могут быть обратимыми.

¹Письмо Минздравсоцразвития РФ от 27.07.2005 г. № 3540-ВС «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией»

Хронический алкоголизм. *Синдром зависимости от алкоголя, алкоголизм или хронический алкоголизм («психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с синдромом зависимости», F10.2) – групповое понятие с проявлениями зависимости от алкоголя, диагностируемыми наркологами (психиатрами) при жизни больного (включая абстинентный синдром, алкогольный делирий, алкогольные психотические расстройства и др.).*

Хронический алкоголизм является наркологическим (психиатрическим) диагнозом, выставляется только на основании заключения нарколога (психиатра)¹

Повреждения центральной нервной системы при хроническом алкоголизме обусловлены не столько этанолом, сколько ацетальдегидом и, в отличие от пагубного употребления алкоголя, приобретают необратимый характер. Поэтому хронический алкоголизм рассматривается как 3-я стадия алкогольной болезни.

Диагноз «хронический алкоголизм» может быть выставлен в различных рубриках (основное, конкурирующее, сочетанное, фоновое, сопутствующие заболевания) заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов, только в следующих случаях:

- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись специалиста (врача-нарколога или психиатра) об установлении диагноза «хронический алкоголизм»;
- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись об алкогольном делирии или иных формах алкогольного психоза, диагностированного врачом-наркологом или психиатром;

¹Приказ МЗ СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».

- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись (или выписка) о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по поводу хронического алкоголизма.

Таким образом, диагноз «хронический алкоголизм» не может быть впервые выставлен или отвергнут врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, а является исключительно прижизненным и только наркологическим (психиатрическим).

Хроническое злоупотребление алкоголем, будь то хронический алкоголизм (диагноз устанавливается наркологом или психиатром) или бытовое пьянство (ХАИ – диагноз устанавливается как клиницистом, так и патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом) следует всегда рассматривать как системное заболевание (алкогольную болезнь). Алкогольное отравление может наступить при любой стадии алкогольной болезни.

При этом типичном системном заболевании поражаются различные органы и системы, в разной степени и в разнообразных сочетаниях, (алкогольная поливисцеропатия), в связи с чем и было предложено понятие «алкогольная болезнь», которое, однако, будучи групповым понятием, не употребляется при формулировке диагноза.

Наиболее частые и характерные органые алкогольные поражения хорошо известны. Это – алкогольные кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия, алкогольные поражения печени, поджелудочной железы (острые и хронические), желудка (атрофический гастрит) и почек (IgA-нефрит).

Хронический алкоголизм – это групповое понятие, поэтому при формулировке диагноза следует указать его конкретную нозологическую (наркологическую, психиатрическую) форму, используя коды МКБ-10. Если при жизни или на секции выявляются алкогольные поражения органов

(обычно – более одного), то в диагнозе может указываться: «Хронический алкоголизм (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного) с полиорганными проявлениями (поражениями):...», а после двоеточия перечисляются в порядке убывания тяжести поражения органы проявления алкогольной болезни – нозологические единицы (алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и т.д.).

В виде исключения из общего правила, в части II п. 19 МСС варианты алкогольной болезни, как и факт алкогольного опьянения (с результатом лабораторной диагностики) указываются даже, если в диагнозе они записаны в рубрике «Сопутствующие заболевания» (примеры 8-11).

Пример 8

Основное заболевание: Хронический алкоголизм (абстинентный синдром и алкогольный делирий по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями (F10.4): алкогольная энцефалопатия, алкогольный гастрит, жировой гепатоз

Осложнения основного заболевания: Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола (G93.5)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)

б) Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с абстинентным состоянием с делирием (F10.4)

в) —

г) —

II. —

Пример 9

Основное заболевание: Хронический алкоголизм (алкогольный психоз, вид - по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями (F10.5): алкогольная энцефалопатия, хронический алкогольный гастрит, жировой гепатоз

Осложнения основного заболевания: Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола (G93.5)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)

б) Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с психотическим расстройством (F10.5)

в) —

г) —

II. —

Пример 10

Основное заболевание: **Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями (F10.2):** алкогольная энцефалопатия, хронический атрофический гастрит, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Отек головного мозга с дислокацией его ствола (G93.5)**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)

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

в) —.

г) —

II. —

Пример 11

Основное заболевание: **Эндофитный изъязвленный субтотальный рак желудка (C16.8)** с обширным распадом опухоли (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически) с поражением его тела и кардии. Метастазы рака в перигастральные, парааортальные лимфатические узлы, в печень, легкие, оба надпочечника (T4N1M1)

Осложнения основного заболевания: **Массивное желудочное кровотечение из распадающейся опухоли (K92.2). Острое постгеморрагическая анемия (D62.X)** (Нв крови — ... , дата). Острое общее малокровие.

Сопутствующие заболевания: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями (F10.2): алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, хронический индуративный панкреатит. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное (K92.2)

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

г) —.

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

Во всех прочих случаях злоупотребления алкоголем (бытовом пьянстве), когда нельзя использовать термин «хронический алкоголизм», диагноз следует начинать с другого группового понятия – «*Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости*» в терминах МКБ-10 или ХАИ, как это традиционно принято в патологоанатомической литературе, посвященной формулировке диагноза. Так же, как и хронический алкоголизм, ХАИ – это системное

заболевание, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы.

Нередко при хроническом алкоголизме и, всегда при ХАИ, в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти) следует выставлять нозологическую единицу, отражающую наиболее пораженный орган (орган-мишень). Например, острый алкогольный панкреатит (или панкреонекроз) или обострение алкогольного хронического панкреатита, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени и т.д. В таком диагнозе хронический алкоголизм или ХАИ с перечислением поражения прочих органов выставляются как фоновое заболевание (примеры 12-15).

Пример 12

Основное заболевание: **Алкогольный панкреонекроз (K85.2)**, тяжелый, смешанный, субтотальный, фаза инфицированных деструктивных осложнений: множественные жировые некрозы, отек и кровоизлияния в теле и головке поджелудочной железы, гнойное расплавление ее хвоста. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Фоновое заболевание: **Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями (F10.2)**: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз

Осложнения основного заболевания: **Панкреатогенный (ферментативный) шок (биохимия крови —... , дата) (R57.8)**.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8).

б) Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (**K85.2**).

в) —.

г) —.

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

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Пример 13

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

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости) с полиорганными поражениями (F10.1)**: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индурированный панкреатит

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Тромбоэмболия легочной артерии (I26.0)

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

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

Пример 14

Основное заболевание: **Алкогольный панкреонекроз (K85.2)**, тяжелый, смешанный, субтотальный, фаза деструктивных осложнений: Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1)**: алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз

Осложнения основного заболевания: **Разлитой серозно-геморрагический перитонит (K65.0)**.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острый перитонит (K65.0)

б) Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (K85.2).

в) —.

г) —.

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

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Пример 15

Основное заболевание: **Алкогольный мелкоузловой монолобулярный цирроз печени (K70.3)** (степень активности, стадия по критериям Чайлд-Пью) в стадии декомпенсации

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1)**: хронический индуративный кальцифицирующий панкреатит, хронический атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический обструктивный слизистый бронхит в стадии ремиссии

Осложнения основного заболевания: Синдром портальной гипертензии. **Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови —..., дата). (K70.4)**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Алкогольная печеночная недостаточность (K70.4)

б) Алкогольный цирроз печени (K70.3)

в) —.

г) —.

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

В отличие от хронического алкоголизма, диагноз ХАИ (или – «пагубное употребление алкоголя без синдрома зависимости») может и должен быть

впервые выставлен (при обнаружении алкогольных органических поражений) врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, даже если он отсутствовал в заключительном клиническом диагнозе и в других записях медицинской карты больного.

Хронический алкоголизм или ХАИ с перечислением органических поражений нередко являются фоновыми заболеваниями для инфекционных заболеваний (например, туберкулеза) и гнойно-воспалительных процессов (тяжелых пневмоний и др.), т.к. сопровождаются развитием вторичного иммунодефицитного синдрома. При формулировке диагнозов иммунологического подтверждения вторичного иммунодефицитного синдрома не требуется (Примеры 16, 17).

Пример 16

Основное заболевание: ХОБЛ (клинические данные спирометрии и КТ легких) в стадии обострения в виде очагово-сливной бронхопневмонии в IV-VI сегментах правого и IX-X сегментах левого легких (J44.0). Вторичная легочная гипертензия с легочным сердцем (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину миокарда правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6)

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

Осложнения основного заболевания: Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0). Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0).

в) —.

г) —.

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

Пример 17

Основное заболевание: Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae верхней доли левого легкого (J13.X). Левосторонний фибринозный плеврит

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

Осложнения основного заболевания: **Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

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

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.