

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

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


О.В. Зайратьянц
« » 2019г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы



« » 2019г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС X. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Методические рекомендации № 52

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 X. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Методические рекомендации № 50

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 X. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Москва 2019

УДК _____
ББК _____
С _____

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

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

Нормативные и распорядительные документы

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

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

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

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

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

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

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

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

Список сокращений

ИБС – ишемические болезни сердца (ИМ – инфаркт миокарда)

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

МСС – медицинское свидетельство о смерти

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

СД – сахарный диабет

ХБП – хроническая болезнь почек

Введение

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Диагноз должен быть:

- *структурно оформленным - рубрифицированным* (разделенным на унифицированные рубрики);
- *нозологическим* (каждая рубрика должна начинаться с нозологической единицы, если это невозможно – синдрома);
- *соответствующим международной 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 пришлось *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 малоприспособно 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 4х3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (IV стадия, 3-я степень, стеноз до 75% устья левой артерии, нестабильная, с разрывом покрышки, атеросклеротическая бляшка и обтурирующий красный тромб длиной 1,5 см левой передней нисходящей артерии)

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

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

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария. Атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз до 50% левой средней мозговой артерии), аорты (IV стадия, 3-я степень). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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

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

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

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

Пример 6

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) —.

в) —.

г) —.

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

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

Пример 7

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

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

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

- б) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки (I21.0)
 - в) Злокачественное новообразование желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C16.8)
 - г) —.
- II. —.

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

Пример 8

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кардиогенный шок (R57.0).
 - б) Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца (I23.5)
 - в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций (I21.2).
 - г) —
- II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Рекомендуется, по возможности, использовать последний вариант оформления части I пункта 19 МСС (заполнение строк а), б) и в), так как это позволяют медицинскому статистику и другим специалистам увидеть всю «логическую последовательность» - логическую цепочку заболеваний и синдромов (состояний), приведших смерти, оценить правильность оформления МСС и, при необходимости, объективно внести коррекцию.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КЛАСС X. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ¹

Пневмонии

В основе классификации пневмоний в МКБ-10 лежит этиологический принцип, поэтому пневмонии кодируются, преимущественно в зависимости от их этиологии. В диагнозе и МСС допустимо указывать название возбудителя по-латыни, строго как написано в томе 1 МКБ-10.

Если пневмония, абсцесс легкого или нагноившиеся бронхоэктазы указываются в диагнозе в рубрике «Основное заболевание» проведение бактериологического исследования ткани легких на вскрытии обязательно, независимо от наличия в медицинской документации результатов прижизненного бактериологического исследования мокроты или смывов из бронхов. Если пневмония фигурирует в рубрике «Осложнения основного заболевания» также рекомендуется выяснить ее этиологию.

При невозможности проведения бактериологического исследования следует обязательно проводить *бактериоскопическое изучение* мазков-отпечатков ткани легких, желательно окрашенных по Граму. Это позволяет классифицировать пневмонию и использовать код J15.8 «Другие бактериальные пневмонии» с указанием в диагнозе на наличие грамотрицательной или грамположительной микрофлоры.

Важно отметить, что код J15.9 «Бактериальная пневмония неутонченная», как и многие другие коды, оканчивающиеся на «.9» в патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах *не употребляются*.

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; Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов (RPS4.10). Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов дыхания (класс X «Болезни органов дыхания» МКБ-10). Франк Г.А., Чучалин А.Г., Черняев А.Л., Мишнев О.Д., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. и соавт. Утверждены V Съездом Российского общества патологоанатомов, Челябинск, 2017 (<http://www.patolog.ru>).

В тех редких случаях, когда возбудитель пневмонии остается по разным причинам неизвестным, следует использовать коды J18.0 «Бронхопневмония неуточнённая» или J18.1 «Долевая пневмония неуточнённая».

Характеризуя в диагнозе пневмонию, помимо этиологии, следует указать ее морфологический вариант (очаговая, очаговая сливная, долевая или плевропневмония), локализацию и распространенность (сегмент, доля и т.д.). Сегменты легких принято нумеровать римскими цифрами от I до X.

Термины «крупозная пневмония», «гипостатическая», «послеоперационная», «застойная», «параканкротическая», «инфаркт-пневмония» в диагнозе и в МСС не употребляются.

В структуре заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов пневмонии могут быть:

- *основным заболеванием или коморбидным (конкурирующим или сочетанным) заболеванием;*
- *осложнением основного заболевания;*
- *одним из проявлений основного или коморбидного заболеваний (при этом кодирование осуществляется не по пневмонии, а по нозологической форме, проявлением которой она явилась).*

Пневмония никогда не может фигурировать в рубриках «Фоновое заболевание» или «Сопутствующие заболевания».

Пневмонии - основные или коморбидные заболевания

- *вирусные пневмонии («Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках» - коды J12.-: аденовирусная – J12.0, вызванная респираторным синцитиальным вирусом – J12.1, парагриппа – J12.2, метапневмовирусом человека - J12.3, другая – J12.8 и неуточненная -*

J12.9), кроме гриппа¹ или являющиеся проявлением некоторых вирусных инфекций (краснухи, кори и т.д.);

- *бактериальные долевые пневмонии* (устаревшее: «крупозные пневмонии»). Тяжелые очаговые (очаговые сливные) бактериальные пневмонии, главным образом, внебольничные (коды J13.- – J16.-, J18.1), также могут быть указаны в рубрике «Основное заболевание» при отсутствии болезней, когда такие пневмонии следует, безусловно, расценивать как их осложнение или проявление;
- *вирусно-бактериальные пневмонии*, кроме гриппа (в МКБ-10 отсутствуют соответствующие коды, поэтому такие пневмонии следует кодировать по соответствующему коду вирусной пневмонии, с включением в диагноз проявлений вторичной бактериальной инфекции);
- *пневмонии, вызванные определенными возбудителями* (микоплазмы – код J15.7, хламидии – J16.0, легионеллы, коксиелла Бернетта). При этом пневмонии, вызванные, например, легионеллами, учитываются в другом классе МКБ-10 (A48.1 «Болезнь легионеров»).

При гриппе в качестве основного или коморбидного заболеваний указывать вместо нозологической единицы «грипп» термин «гриппозная пневмония» запрещается. Гриппозная пневмония должна быть записана как одно из проявлений или осложнений гриппа¹.

Патологоанатомический (судебно-медицинский) диагноз при гриппе следует формулировать, принимая во внимание классификацию вирусов гриппа и расширенный список кодов МКБ-10¹:

- коды J09.- «Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа»: вирусы типа А: А/Н1N1 – сезонный и пандемический («свиной»); А/Н5N1 – эпидемический («птичий»); АН3N2 и А/Н7N9;

¹ Письмо Минздрава России от 26.01.2016 г. № 13-2/79 «Порядок кодирования и выбора пероналичальной причины смерти при гриппе»

- коды J10.- «Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа»: вирусы типов В и С.

Применять коды J11.- «Грипп, вирус не идентифицирован» не следует, т.к. диагноз гриппа устанавливается только при наличии вирусологического подтверждения в сертифицированной лаборатории¹ (пример 1).

Пример 1

Основное заболевание: **Грипп А(Н1N1) (J09.X)** (вариант гриппа по данным вирусологического исследования, методы исследования: ПЦР назофарингиальных смывов или отпечатков со слизистой оболочки носоглотки, выращивание вируса на куриных эмбрионах, титр антител, дата): двустороннее острое диффузное альвеолярное повреждение легких по типу острого респираторного дистресс-синдрома, острый геморрагический ларинготрахеит (при наличии беременности она указывается в этой рубрике: при беременности, сроком ... и т.д.)

Фоновые заболевания (если есть): **Ожирение (степень, данные индекса массы тела – ИМТ) (E66.0)**, или ХОБЛ (подтвержденная показателями функции внешнего дыхания), или бронхоэктазы, или бронхиальная астма (форма, тяжесть течения, контролируемая/неконтролируемая), или сахарный диабет (тип, компенсация/декомпенсация), или хроническая алкогольная интоксикация, или хронический алкоголизм и т.д.

Осложнения основного заболевания: **Острая дыхательная (респираторная) недостаточность, степень (клинически) (J96.0). Респираторный дистресс-синдром (J80.X).** Отек головного мозга (если диагностирован)

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Интубация трахеи (трахеостомия, дата) и ИВЛ (если проводилась, дата, длительность). Осложнения (если есть) интубации трахеи и ИВЛ.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Острый респираторный дистресс-синдром взрослых (J80.X)

в) Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа (J09.X).

г) —.

II. Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66.0)

¹ Письмо Минздрава России от 26.01.2016 г. № 13-2/79 «Порядок кодирования и выбора первоначальной причины смерти при гриппе»

Долевую (плевропневмонию, *устаревшее* – «крупозную») пневмонию расценивают, за редким исключением, как основное заболевание или коморбидное (конкурирующее или сочетанное) заболевание. Практически всегда это – внебольничная пневмония. Фибринозный плеврит (но не эмпиему плевры) при долевой пневмонии следует расценивать как проявление этого заболевания, а не его осложнение (примеры 2, 3).

Пример 2

Основное заболевание: Пневмония: долевая с поражением нижней доли правого легкого, вызванная *Streptococcus pneumoniae* (J13.X) (бактериологическое исследование, номер, дата), с ограниченным (распространенным) фибринозным плевритом
Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1): ...

Осложнения основного заболевания. Респираторный дистресс-синдром (J80.X) (проявления: ...). Фибринозный перикардит. Отек легких

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острый респираторный дистресс-синдром взрослых (J80.X).

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

в) —.

г) —.

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

Пример 3

Основное заболевание: Пневмония: правосторонняя нижнедолевая (этиология не уточнена). (J18.1) Очаговый (или распространенный) фибринозный плеврит справа
Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1): ...

Осложнения основного заболевания: Отек легких (J81.X)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Легочный отек (J81.X).

б) Долевая пневмония, неуточненная (J18.1)

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1).

В МКБ-10 не предусмотрено подразделение пневмоний на внебольничные (домашние, контагиозные, в том числе и атипические) и нозокомиальные (госпитальные, внутрибольничные, в том числе, вызванные атипическими возбудителями).

Согласно рекомендациям Российского респираторного общества (2010)¹, внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара), или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделения длительного медицинского наблюдения, - сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы¹.

Внебольничную пневмонию следует различать от внутрибольничной (нозокомиальной, госпитальной) пневмонии, как отдельную форму, имеющую принципиально другие эпидемиологические особенности, включающие как спектр возбудителей, так и факторы эпидемического процесса, и, соответственно, другие принципы лечения и меры профилактики. В диагнозе для таких пневмоний допускается применять термин «внебольничная».

Тяжелые внебольничные очаговые пневмонии (бронхопневмонии), как и долевы пневмонии, особенно у лиц пожилого возраста даже при наличии коморбидных заболеваний (сахарного диабета, алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, вирусных инфекций и др.) также могут, с учетом этиологии пневмонии, тяжести этих заболеваний и других факторов, в отдельных случаях расцениваться как основное заболевания.

Морфологическими критериями тяжести таких бронхопневмоний, квалифицированных как основное заболевание, даже при наличии других заболеваний, являются поражение более 50% от объема обоих легких, абсцедирование (примеры 4 – 6).

¹ Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых, Российское респираторное общество, межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2010

Пример 4

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

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 дыхательная недостаточность (J96.0)
 - б) Пневмония, вызванная стафилококком (J15.2).
 - в) —.
 - г) —.
- II. Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями (E11.7).

Пример 5

Основное заболевание: **Пневмония (внебольничная): вызванная грамположительной бактериальной флорой (J15.8)** (бактериоскопическое исследование), двусторонняя очаговая сливная в нижних долях с абсцедированием

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

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз.... Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая дыхательная недостаточность (J96.0)
 - б) Другие бактериальные пневмонии (J15.8).
 - в) —.
 - г) —.
- II. —.

Пример 6

Основное заболевание: **Пневмония (внебольничная): вызванная грамотрицательной бактериальной флорой (J15.6)** (бактериоскопическое исследование), очагово-сливная в средней и нижней доле (или в ... сегментах) правого и нижней доле левого легких

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1): ...**

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

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз.... Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая респираторная недостаточность (J96.0)
 - б) Пневмония, вызванная другими грамотрицательными бактериями (J15.6).

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1).

Пневмонии – осложнение основного и коморбидных заболеваний

Внутрибольничные (нозокомиальные) очаговые пневмонии (бронхопневмонии), как правило, расцениваются как осложнение основного заболевания. Основными возбудителями нозокомиальных пневмоний в настоящее время являются: *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, а также устойчивые к пенициллину штаммы золотистого стафилококка. При онкологических (*устаревшее* – «параканкрозная» пневмония) и гематологических заболеваниях, болезнях системы кровообращения, печени и почек, сахарном диабете и многих других заболеваниях, особенно для которых характерно развитие иммунодефицитного состояния, внутрибольничная пневмония всегда является осложнением основного заболевания. При ХОБЛ вне- и внутрибольничная пневмония указывается в основном заболевании как проявление обострения (J44.0).

Термин «внутрибольничная» употреблять в диагнозе не рекомендуется (примеры 7, 8).

Пример 7

Основное заболевание: **Внутричерепная нетравматическая гематома (размеры) в области теменной и затылочной долей правого полушария головного мозга (I61.0).** Стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (локализация, степень, стадия, % стеноза)

Фоновое заболевание: **Гипертоническая болезнь (I11.9)** (характеристика изменений сердца ...).

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Внутричерепное кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.0).

в) —.

г) —.

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

Пример 8

Основное заболевание: **Язвенная болезнь желудка: хроническая язва желудка (размеры) в области малой кривизны с кровотечением (K25.4).** Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата)

Осложнения основного заболевания: **Очаговая (или очаговая сливная) бронхопневмония (этиология не уточнена) в V-X сегментах правого легкого (J18.0). Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Бронхопневмония неуточненная (J18.0)

в) Язва желудка хроническая с кровотечением (K25.4).

г) —.

II. Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата)

Аспирационная пневмония (J69.0) у взрослых практически всегда является осложнением основного заболевания. При аспирационной пневмонии определяется анаэробная флора полости рта (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*), а также микст аэробов (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*) (примеры 9, 10).

Пример 9

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

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1):**

Осложнения основного заболевания. **Аспирационная двусторонняя очагово-сливная бронхопневмония в IV-X сегментах легких (J69.0)** (или двусторонняя аспирационная нижнедолевая пневмония). **Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Пневмонит, вызванный пищей и рвотными массами (J69.0)

в) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1).

Пример 10

Основное заболевание. **Язвенная болезнь желудка: хроническая язва желудка (размеры) в области малой кривизны с кровотечением (K25.4).** Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата)

Осложнения основного заболевания. **Аспирационная пневмония в I-III сегментах правого и IV-X сегментах левого легких (J69.0). Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Пневмония, вызванная пищей и рвотными массами (J69.0).

в) Язва желудка хроническая с кровотечением (K25.4).

г) —.

II. Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата)

При наличии **абсцессов легкого** диаметром \мнее 2 см правомочно использовать термин «очагово-сливная бронхопневмония или долевая пневмония с абсцедированием». Абсцесс легкого приобретает статус основного или коморбидного заболеваний (код J85.1 «Абсцесс легкого с пневмонией», код J85.2 «Абсцесс легкого без пневмонии») только в тех наблюдениях, когда диаметр абсцесса превышает 2 см., или при убедительных признаках его хронического характера (сформированная толстостенная капсула) (пример 11).

Пример 11

Основное заболевание. **Хронический абсцесс в I-III сегментах правого легкого, дренируемый II сегментарным бронхом, с организующейся перифокальной пневмонией** (бактериоскопически – грамположительная микрофлора) (**J85.1**)

Осложнения основного заболевания. **Правосторонняя эмпиема плевры (400 мл) (J86.9)**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Пиоторакс без свища (J86.9)

б) Абсцесс легкого с пневмонией (J85.1)

в) —.

г) —.

II. —.

Понятие «хроническая пневмония» в современных классификациях болезней легких и в МКБ-10 отсутствует и не может быть использовано в диагнозе.

При кодировании гнойных и некротических изменений в легких и плевре следует использовать коды J85.- - J86.- (гангрена J85.0 и абсцесс легкого – J85.-, пиоторакс – J86.-)

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

ХОБЛ в заключительном клиническом, патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозе может быть указана как основное заболевание, коморбидное (конкурирующее или сочетанное) заболевание, а также сопутствующее заболевание. Допустимо при формулировании диагноза (но не в МСС) использовать сокращение – «ХОБЛ». В МСС (в частности, при его рукописном заполнении указывается: «Хроническая обструктивная легочная болезнь ...»).

Патологоанатомическая диагностика ХОБЛ без клинических данных не рекомендуется. Клинически при ХОБЛ определяются прогрессирующая необратимая обструкция дыхательных путей (подтвержденная данными спирометрии), ведущая к развитию дыхательной или легочно-сердечной недостаточности, а также нарастающая легочная гипертензия. Морфологически ХОБЛ представлена тремя составляющими компонентами: хроническим обструктивным диффузным бронхитом и бронхиолитом, пневмосклерозом междольковой соединительной ткани (перибронхиальный и периваскулярный пневмосклероз может быть выявлен только гистологически), хронической обструктивной эмфиземой легких (чаще всего сочетанием централобулярной и буллезной). Патологоанатомической диагноз ХОБЛ может быть поставлен на аутопсии на основании клинического диагноза, при наличии трех перечисленных выше морфологических признаков (каждый из которых недопустимо расценивать как самостоятельное поражение легких, хотя к ним в МКБ-10 имеются свои коды). Однако его нередко сложно дифференцировать с обычным хроническим бронхитом и со старческой (сенильной) инволюцией легких.

Помогают подтвердить клинический диагноз или впервые, в виде исключения, установить диагноз ХОБЛ на вскрытии морфологические признаки вторичной легочной гипертензии: атеросклероз легочных артерий и легочное сердце. При старческой (сенильной) инволюции легких легочная гипертензия не формируется. Без признаков легочной гипертензии впервые диагностировать ХОБЛ на вскрытии не рекомендуется.

У лиц старше 60-70 лет на аутопсии часто наблюдаются изменения легких, сходные с ХОБЛ, но без типичных клинических проявлений (кашель, одышка, обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания) и легочной гипертензии. При этом ткань легкого имеет тряпичный вид, но без ячеистости рисунка на разрезе, бронхи могут значительно выступать над поверхностью разрезов, просветы их обычно пусты, а стенки утолщены незначительно. При такой макроскопической картине легких следует диагностировать старческую (сенильную) инволюцию легких (сенильные легкие - J98.4 «Другие поражения легких») и использовать рубрику «Сопутствующие заболевания».

Коды J41.- рекомендуется использовать при поражении только крупных бронхов в случаях необструктивного бронхита или бронхита с обратимой обструкцией. Хронический бронхит может быть основным, коморбидным или, чаще, сопутствующим заболеванием.

Для кодирования ХОБЛ используют коды J44.-. При обострении ХОБЛ следует использовать два кода:

- J44.0 («с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей», включая бактериальную и вирусную, кроме гриппа) – при ХОБЛ с обострением и пневмонией

- J44.1 («с обострением (бактериальным) неуточненная») – при ХОБЛ с обострением без пневмонии.

Код J44.8 («другая уточненная хроническая обструктивная болезнь легких») следует использовать при ХОБЛ вне обострения и различных формах облитерирующего бронхиолита вне обострения.

Вторичная легочная гипертензия с формированием легочного сердца и атеросклероза легочных артерий может быть указан в диагнозе как проявление ХОБЛ, но может и как его осложнение, поскольку обнаруживается не во всех наблюдениях (примеры 12, 13).

Пример 12

Основное заболевание: **ХОБЛ вне обострения (J44.8)**. 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)

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8)**. Хроническое общее венозное полнокровие

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
 - б) Другая уточненная хроническая обструктивная болезнь легких (J44.8)
 - в)
 - г) —.
- II. —.

Пример 13

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)

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 дыхательная недостаточность (J96.0)
 - б) Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0).
 - в) —.
 - г) —.
- II. —.

Долевую пневмонию (плевропневмонию) при ХОБЛ следует также указывать в виде проявления обострения этого заболевания (пример 14).

Пример 14

Основное заболевание: ХОБЛ в стадии обострения в виде верхнедолевой плевропневмонии правого легкого (J44.0) (желательно указать этиологию и, тогда, уточнить код)

Осложнения основного заболевания: Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (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). **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 дыхательная недостаточность (J96.0)

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

в) —.

г) —.

II.

Кроме бронхоолита, который может быть главной причиной обструкции при ХОБЛ, все остальные варианты облитерирующего или констриктивного бронхоолита чаще являются следствием химического воздействия (жидкости, газы, дымы, пары) - код J68.4 «Хронические респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, дымом и испарениями», воздействия лекарственных препаратов (D-пеницилламин, препараты золота, сульфосалазан) - код J70.3 «Хронические интерстициальные болезни легкого, лекарственно-индуцированные, неуточненные», осложнением лучевой терапии – код J70.1 «Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиационным излучением». Во всех остальных случаях облитерирующий бронхоолит бывает осложнением или проявлением основного заболевания (диффузных болезней соединительной ткани, посттрансплантационных синдромов, инфекционных заболеваний).

Бронхоэктазия легких

Бронхоэктазия легких может быть указана как основное заболевание в случае локализованного поражения одного или обоих легких. В патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозе необходимо указать вариант бронхоэктазов (цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные, сухие, «мокрые» - нагноившиеся) и их посегментарную локализацию. При подозрении на наличие бронхоэктазов необходимо простричь во время аутопсии все бронхи до субсегментарных.

Термин «бронхоэктатическая болезнь» устарел, рекомендуется использовать термины «бронхоэктазы» или «бронхоэктазия легких».

Врожденные бронхоэктазы имеют код Q33.4, который используется только у детей первых двух лет жизни, а у взрослых всегда применяют код J47.X. Бронхоэктазы при туберкулезе легких кодируются по основному заболеванию - туберкулезу (A15, A16) (пример 15).

Пример 15

Основное заболевание: **Бронхоэктазия легких (J47.X):** ограниченные (локальные), сухие (нагноившиеся) мешотчатые (цилиндрические, варикозные) бронхоэктазы в VI–VIII сегментах правого и VIII–X сегментах левого легкого, локальный хронический гнойный бронхит, очаговый перифокальный пневмосклероз, иррегулярная (перифокальная) эмфизема легких, перифокальные ателектазы легкого

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность** (клинически) (I27.8). Хроническое общее венозное полнокровие. Вторичный амилоидоз (характеристика). **Рецидивирующее легочное кровотечение (R04.8):** кровь в просвете трахеи и бронхов. Хроническая постгеморрагическая анемия (характеристика)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кровотечение из других отделов дыхательных путей (R04.8)
б) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
в) Бронхоэктатическая болезнь (J47.X).
г) —.
- II. —.

Бронхиальная астма

Для кодирования бронхиальной астмы используются рубрика J45.- «Астма», а астматического статуса рубрика J46 «Астматический статус».

При формулировке диагноза бронхиальной астмы следует указывать ее форму (эндогенная, экзогенная, смешанная), степень тяжести (легкая, интермиттирующая, средней тяжести, тяжелая), периоды течения (ремиссия, обострение, затухающее обострение, непрерывно рецидивирующее течение) и гормонозависимость. Также следует учесть, что основным заболеванием – первоначальной причиной смерти бронхиальная астма вне астматического статуса может быть крайне редко и диагноз должен быть строго обоснован (пример 16).

Пример 16

Основное заболевание: Бронхиальная астма: экзогенная, средней степени тяжести, фаза ремиссии, гормонозависимая (J45.0)

Осложнения основного заболевания: Обтурирующие тромбы в глубоких венах голеней (I80.2). 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) Астма с преобладанием аллергического компонента (J45.0).
г) —.
II. —.

Если на аутопсии есть основные признаки астматического статуса:

- тотальная обструкция бронхов всех калибров (особенно мелких подплевральных) густым бесцветным секретом и/или густой слизисто-гнойной мокротой, выдавливающейся в виде «червячков»;
- острое вздутие всех отделов легких, бледно-розового цвета с поверхности и на разрезе;
- отпечатки на легких рёбер;
- передние отделы лёгких перекрывают почти полностью область сердца, —

то применяют код J46 «Астматический статус» (пример 17) .

Пример 17

Основное заболевание: **Астматический статус (J46.X):** хронический десквамативный бронхит, тотальная обструкция бронхов секретом, острое вздутие легких. Бронхиальная астма: эндогенная, тяжелого течения, фаза обострения, гормонозависимая

Осложнение основного заболевания: **Отек головного мозга с дислокацией ствола (G93.5) или Острая респираторная недостаточность (J96.0).**

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: Фибринозно-геморрагический трахеит после интубации трахеи (трахеостомия, дата) и ИВЛ в течение суток.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5) или Острая дыхательная недостаточность (J96.0)

б) Астматический статус (J46.X)

в) —.

г) —.

II. —.

В тех ситуациях, когда при бронхиальной астме имела место передозировка β_2 -агонистов или метилксантиновых препаратов, следует использовать коды из блока T36 - T50. При этом симптомы, свидетельствующие о передозировке, преобладают по степени выраженности над симптомами самой бронхиальной астмы, следовательно, в этих случаях передозировка лекарственных веществ является причиной госпитализации или смерти больного, и такие состояния следует трактовать как ятрогенную патологию.

Профессиональную бронхиальную астму шифруют кодом J45.0. При формулировке диагноза следует указать причины заболевания (аллерген), в случае отсутствия его идентификации – на комплекс воздействия факторов внешней среды, способных вызвать сенсibilизацию организма.

Патологоанатому следует учитывать, что в клинике могут возникать значительные трудности в дифференциальной диагностике бронхиальной астмы и ХОБЛ. Зарубежные пульмонологи в этой связи сочли необходимым выделить особый синдром ACOS (Asthma-COPD Overlap Syndrome), в котором признаки бронхиальной астмы и ХОБЛ «перекрывают друг друга», но который пока не имеет кода в МКБ-10 и не может употребляться при формулировании диагноза.

Ошибочными являются диагнозы ХОБЛ или ХОБЛ с бронхиальной астмой в стадию ремиссии бронхиальной астмы, хотя многие морфологические изменения легких бывают сходными.

Интерстициальные болезни легких (диффузные паренхиматозные заболевания легких)

Болезни легких, вызванные внешними факторами

В эту группу заболеваний включают профессиональную патологию, вызванную неорганической пылью (коды J60 - J65); болезни легких, обусловленные органической пылью (коды J66 - J67), респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, парами, жидкостями, радиацией (коды J68 - J70).

К группе пневмокониозов (коды J60 - J64) относят заболевания легких, вызванные воздействием промышленной пыли, проявляющиеся интерстициальным поражением легких с развитием фиброза, а в некоторых случаях – хронического бронхита. С 1996 г. в России действует новая классификация пневмокониозов, разработанная в ФБГНУ «НИИ медицины труда» и утвержденная Минздравом России. В этой классификации оценивают тяжесть течения болезни (медленно и быстро прогрессирующее течение, позднее развитие), функциональные изменения (фаза компенсации дыхательной функции, рестриктивный тип с переходом в смешанный, легочно-сердечная недостаточность), осложнения (примеры 18 - 20)

Пример 18

*Основное заболевание: **Антракосиликоз (J60.X)**: интерстициальная форма с хроническим обструктивным бронхитом и эмфиземой легких, медленно прогрессирующее течение
Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (клинически) (I27.8)**. Хроническое общее венозное полнокровие*

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8)
 - б) Пневмокониоз, вызванный угольной пылью (J60.X).
 - в) —.
- II. —.

Пример 19

Основное заболевание: **Асбестоз (J61.X):** интерстициальный фиброз с облитерацией плевральных полостей, быстро прогрессирующее течение

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность** (клинически) (I27.8). Хроническое общее венозное полнокровие

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Пневмокониоз, вызванный асбестом и другими минеральными волокнами (J61.X).

в) —.

II. —.

Пример 20

Основное заболевание: **Силикоз (J62.8):** узелковая (узловая) форма, медленно прогрессирующее течение

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность** (клинически) (I27.8). Хроническое общее венозное полнокровие: ...

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Пневмокониоз, вызванный другой пылью, содержащей кремний (J62.8)

в) —.

II. —.

У пациентов с силикозом довольно часто присоединяется туберкулез. Тогда это заболевание называют силикотуберкулезом и шифруют рубрикой J65.X «Пневмокониоз, ассоциированный с туберкулезом». Однако при прогрессировании туберкулеза, когда в клинической картине он играет ведущую роль (двусторонняя диссеминация легких, лобит, казеозная пневмония), туберкулез шифруют кодами A15–A16, а фоновым заболеванием служит силикоз.

К болезням дыхательных путей, вызванным специфической органической пылью (рубрика J66.-) относят биссиноз, другие заболевания легких, вызванные хлопковой пылью, болезнь трепальщиков льна, пеньковую лихорадку (или каннабиоз), лихорадку молотильщиков (зерновую лихорадку). Острые респираторные заболевания от воздействия растительной и животной пыли следует относить к коду J66.8 «Болезнь дыхательных путей, вызванная другой уточненной органической пылью».

Гиперчувствительный (*синонимы* – гиперсенситивный, экзогенный аллергический) пневмонит (альвеолит) вызванный органической пылью (коды J67.-), характеризуется преимущественно интерстициальным поражением легких с рестриктивным или смешанным типом нарушений функции внешнего дыхания, острым и хроническим течением. В этиологии этих заболеваний основное значение принадлежит сельскохозяйственной пыли (растительного и животного происхождения), содержащей патогенные плесневые грибы, актиномицеты. Наиболее изученными являются «Легкое фермера» (J67.0) и «Легкое птицевода» (J67.2). Рубрику J67.9 «Гиперсенситивный пневмонит, вызванный неуточнённой органической пылью» применяют только для кодирования экзогенного аллергического альвеолита, если не установлен вид органической пыли, вызвавшей это заболевание или она носит смешанный характер. При хроническом гиперсенситивном пневмоните в стадии фиброза бывает довольно трудно отличить изменения легких от обычной интерстициальной пневмонии. В этих наблюдениях следует указать код J84.8 «Другие уточненные интерстициальные легочные болезни», являющийся исходом определенного, а не идиопатического заболевания легких.

При идиопатической интерстициальной пневмонии (идиопатическом фиброзирующем альвеолите, пневмоните) или интерстициальной пневмонии с установленной этиологией используют следующие коды: J84.0 – «Альвеолярные и парието-альвеолярные состояния» (альвеолярный протеиноз, альвеолярный микролитиаз), J84.1 – «Другие интерстициальные легочные болезни с фиброзом» - все варианты идиопатического фиброзирующего альвеолита – интерстициального фиброза легких, J84.8 – «Другие уточненные интерстициальные легочные болезни». При формулировке диагноза следует указать гистологическую форму в соответствии с современной классификацией (пример 21).

Основное заболевание: **Идиопатический интерстициальный фиброз легких (J84.1)** (идиопатический фиброзирующий альвеолит, идиопатическая интерстициальная пневмония) (гистологически – обычная интерстициальная пневмония*) с исходом в сотовое легкое

Осложнения основного заболевания: **Хроническая легочно-сердечная недостаточность (I27.8). Вторичная легочная гипертензия с формированием легочного сердца (I27.9):** среднее давление в легочной артерии (СДЛА) 55 мм рт.ст., атеросклероз легочной артерии II стадия, 2-я степень, толщина стенки правого желудочка 0,6 см, масса правого желудочка 138 г, желудочковый индекс 0,88. Спонтанный правосторонний пневмоторакс. Ателектаз правого легкого

*при другой гистологической форме идиопатической интерстициальной пневмонии, например криптогенной организующейся пневмонии, неспецифической интерстициальной пневмонии, респираторном бронхиолите с другой интерстициальной пневмонией, десквамативной пневмонии, острой интерстициальной пневмонии и других редких гистологических вариантах интерстициальных пневмониях используют код J84.8.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)
б) Другие интерстициальные легочные болезни с фиброзом (J84.1).
в)
г) —.
- II. —.

Редкие заболевания легких

Так называемые «редкие заболевания легких» встречаются в патологоанатомической практике все чаще и кодируются не в разделе патологии органов дыхания. Для точного описания редких видов патологии легких рекомендуется использовать монографию А.Г.Чучалина «Энциклопедия редких болезней»¹.

Например, при врожденной аденоматозной мальформации выделяют 4 ее типа: 1-й - мультилокальные кистозные полости диаметром 3-10 см, 2-й – множественные кисты диаметром менее 2 см, 3-й – иррегулярные множественные кисты менее 0,2 см, 4-й – гигантские кисты от 7 см в периферических отделах легких.

¹Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. Изд. группа ГЕОТАР-Медиа, 2014.

При всех видах аденоматозной мальформации кистозные образования выстланы однорядным кубическим эпителием в отличие от буллезной эмфиземы. Врожденные бронхогенные кисты гистологически напоминают строение бронхиол с остатком гладкомышечной оболочки. Перечень некоторых редких заболеваний легких (коды и термины по МКБ-10 и в соответствии с современными классификациями), а также примеры диагнозов (примеры 24-26) приведены ниже.

J84.0 «Альвеолярные и парието-альвеолярные состояния»
(альвеолярный легочный протеиноз)

E84.0 «Кистозный фиброз с легочными проявлениями» (муковисцидоз)

E85.0 – E85.9 «Амиллоидоз»

E83.1 «Нарушения обмена железа» (гемохроматоз)

I27.0 «Первичная легочная гипертензия» (идиопатическая легочная гипертензия)

M31.0 «Гиперчувствительный ангиит» (синдром Гудпасчера)

M31.3 «Гранулематоз Вегенера» (гранулематоз с ангиитом)

M30.1 «Полиартеррит с поражением легких» (аллергический гранулематозный ангиит Чарджа-Стросса)

D48.1 «Новообразование соединительной и других мягких тканей»
(лимфангиолейомиоматоз легких)

D76.0 «Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, не классифицированный в других рубриках» (гистиоцитоз из клеток Лангерганса)

E83.5 «Нарушения обмена кальция» (альвеолярный микролитиаз)

J98.2 «Эмфизема интерстициальная» (интерстициальная эмфизема легких)

Q33.0 «Врожденная киста легкого» (бронхогенные кисты – поликистоз легких)

D86.0 «Саркоидоз легкого»

Пример 22

Основное заболевание. **Гранулематоз Вегенера (М31.3)** (гранулематоз с полиангиитом): некротизирующая гранулематоз носоглотки и придаточных пазух носа, некротический васкулит сосудов мелкого и среднего калибра легких и почек

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Гранулематоз Вегенера (М31.3)

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 23

Основное заболевание. **Лимфангиолейомиоматоз легких (D48.1)**: множественный очаги гладкомышечной пролиферации, кистозные полости

Осложнения основного заболевания. **Хроническая дыхательная недостаточность (клинически) (J96.1)**. Двусторонний хилоторакс. Хроническое общее венозное полнокровие

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая дыхательная недостаточность (J96.1)

б) Новообразование соединительной и других мягких тканей (D48.1)

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 24

Основное заболевание. **Лангергансоклочный гистиоцитоз (D76.0)** (эозинофильная гранулема) с преимущественным поражением легких: диффузно-очаговый интерстициальный гранулематоз, множественные кисты и участки буллезной эмфиземы в верхних и средних долях легких

Осложнения основного заболевания. **Хроническая дыхательная недостаточность (клинически) (J96.1)**. Двусторонний хилоторакс. Хроническое общее венозное полнокровие

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая дыхательная недостаточность (J96.1)

б) Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, не классифицированный в других рубриках (D76.0)

в) —.

г) —.

II. —.

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.

