

**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



« 02 » март 2019г.

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

Методические рекомендации № 53

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 XI. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Методические рекомендации № 53

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 XI. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Москва 2019

УДК _____

ББК _____

С _____

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

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

Нормативные и распорядительные документы

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

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

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

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

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

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

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

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

Список сокращений

ИБС – ишемические болезни сердца (ИМ – инфаркт миокарда)

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

МСС – медицинское свидетельство о смерти

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

СД – сахарный диабет

ХБП – хроническая болезнь почек

Введение

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Диагноз должен быть:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Не допускается:

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

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

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

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

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

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

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

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

Пример 3

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

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

Пример 4

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

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

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

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

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

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

Пример 5

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

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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

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

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

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

Пример 6

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) —.

в) —.

г) —.

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

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

Пример 7

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

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

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

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

г) —.

II. —.

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

Пример 8

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0).

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

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

г) —

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

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

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

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

КЛАСС XI. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ¹

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости

К острым (ургентным) хирургическим заболеваниям органов брюшной полости принято относить (помимо внематочной беременности, нередко включаемой в этот перечень):

- острый аппендицит,
- острый холецистит,
- язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением и/или перфорацией (прободением),
- ущемленную грыжу,
- острую кишечную непроходимость
- острый панкреатит (панкреонекроз).

При обострении хронически протекающих заболеваний, таких, например, как аппендицит и холецистит, в соответствии с требованиями МКБ-10, следует учитывать и кодировать их как острые. Это правило не распространяется на обострение хронического панкреатита. Кроме того, острые хирургические заболевания органов брюшной полости кодируются по-разному, в зависимости от осложнений, что влияет на формулировку диагноза. В диагнозе следует подробно указать клинико-морфологические формы нозологических единиц и все многообразие проявлений и осложнений.

В соответствии с общими правилами оформления МСС хирургические вмешательства (операции) всегда указываются в части II п. 19 (вид операции и дата).

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

Острый аппендицит

В МКБ-10 острый аппендицит представлен группой кодов К35, а другие болезни аппендикса – К36-37 (Таблица 1)

Таблица 1

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к болезням аппендикса и добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни аппендикса		
К35 - Острый аппендицит		
Острый аппендицит с генерализованным перитонитом	К35.2	
Острый аппендицит с ограниченным перитонитом	К35.3	
Острый аппендицит другой и неуточненный	К35.8	Включено: без перитонита, абсцесса, разрыва, прободения.
К36 - Другие формы аппендицита		
Хронический аппендицит	К36	Включено: рецидивирующий. При обострении хронического или рецидивирующего — кодируется как острый аппендицит
К37 - Аппендицит неуточненный <i>(в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах не применяется)</i>		
К38 – Другие болезни аппендикса		
Гиперплазия аппендикса	К38.0	-
Аппендикулярные камни	К38.1	Каловый камень аппендикса
Дивертикул аппендикса	К38.2	-
Свищ аппендикса	К38.3	-
Другие уточненные болезни аппендикса	К38.8	Включено: инвагинация аппендикса
Болезнь аппендикса неуточненная	К38.9	-

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

Классификация острого аппендицита включает следующие *клинико-морфологические формы* — катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичная и вторичная гангрена аппендикса), перфоративный;

Осложнения — мезентериолит, (пери)аппендикулярный инфильтрат или абсцесс (К35.3), перитонит (К65.-), перфорация, разрыв или самоампутация отростка, вторичная гангрена отростка, забрюшинная флегмона, пилефлебит, пилефлебитические абсцессы печени и т.д.

Перитонит (К65.-) - нередкое осложнение острого аппендицита, как и других хирургических заболеваний органов брюшной полости, принято классифицировать по распространенности, характеру экссудата, этиологии и патогенезу, стадиям и степени тяжести.

Классификация перитонита (Гельфанд Б.Р., 2000).

- *по распространенности* — местный (занимает до 2-х из 9 анатомических областей брюшной полости, отграниченный, или инфильтрат и абсцесс, неотграниченный), распространенный (занимает 2 и более анатомические области брюшной полости), в том числе — диффузный (до 5 анатомических областей брюшной полости) и разлитой (более 5 анатомических областей). *Распространенный, диффузный и разлитой обычно объединяют под терминами разлитой, генерализованный или распространенный;*

- *по характеру экссудата* — серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный (с примесями: каловый, желчный, хиллезный, геморрагический);

- *по этиологии и патогенезу:*

I. *Первичный перитонит* — редкая форма гематогенной этиологии, с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника:

- спонтанный перитонит у детей — возникает в неонатальном периоде и в возрасте 4-5 лет, вызванный в основном стрептококками и пневмококками;

- спонтанный перитонит у взрослых — чаще является осложнением асцита при циррозе печени и других заболеваниях (*ранее использовали термин асцит-перитонит, что в настоящее время не рекомендуется*), вызывается энтеробактериями при транслокации кишечной флоры;

- перитонит у больных с постоянным перитонеальным диализом — связан с инфицированием, в основном, грамположительной флорой;
- туберкулезный перитонит — инфицирование гематогенным путем из пораженного кишечника, при туберкулезном сальпингите или нефрите, поражении мезентериальных или забрюшинных и тазовых лимфатических узлов.

II. *Вторичный перитонит* — самая частая форма перитонита, наблюдаемая у хирургических больных:

- вызванный перфорацией и деструкцией органов брюшной полости;
- послеоперационный перитонит;
- посттравматический перитонит вследствие тупой травмы живота, проникающих ранений живота.

III. *Третичный перитонит* — рецидивирующая и персистирующая форма, развивается у больных в критических состояниях с нарушением механизмов противoinфекционной защиты («перитонит без источника инфекции», возможна роль транслокации кишечной флоры).

IV. *Интраабдоминальные абсцессы:*

- связанные с первичным перитонитом;
- связанные с вторичным перитонитом;
- связанные с третичным перитонитом.

Классификация перитонита по стадиям (Гостищев В.К. и соавт., 1992):

I — первые 6-8 часов, выраженный болевой синдром, высокий лейкоцитоз, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до 2,5, соответствует I степени эндогенной интоксикации;

II — 8-24 часа, стадия мнимого благополучия, стихание болевого синдрома, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до 4,5, соответствует II степени эндогенной интоксикации;

III — 24-48 часов, стадия токсемии III степени, с возможным развитием эндотоксического шока и начальными проявлениями синдрома полиорганной недостаточности;

IV — 48-96 часов, прогрессирующий синдром полиорганной недостаточности:

IVA — стадия компенсации (48-72 часа);

IVБ — стадия декомпенсации (72-96 часов).

Степень тяжести и критерии прогноза перитонита — оцениваются по системам SAPS, APACHE II, III, SOFA и др.

Иллюстрацией оформления патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза при остром аппендиците является пример 1.

Пример 1

Основное заболевание: **Острый аппендицит с прободением (K35.2)** (флегмонозный – гистологически, дата). Перфорация стенки червеобразного отростка в его дистальной трети (диаметр перфорации — 0,1 см). Гнойный мезентериолит. Операция лапаротомии, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата)

Осложнения основного заболевания: **Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0)**. Повторные операции релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (даты, виды оперативных вмешательств). Жировая дистрофия печени и миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1)**: алкогольный фиброз печени (II стадии), алкогольная энцефалопатия (склероз мягких мозговых оболочек больших полушарий головного мозга), полинейропатия (по данным истории болезни), алкогольный хронический атрофический гастрит, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острый перитонит (K65.0)

б) Острый аппендицит с генерализованным перитонитом (K35.2).

в) —.

г) —.

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

Операции: 1) лапаротомии, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата); 2) релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (даты)

Холецистит, желчно-каменная болезнь и другие поражения желчного пузыря и желчных путей

В таблице 2 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к желчно-каменной болезни, холециститу и другим поражениям желчного пузыря и желчных путей.

Таблица 2

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к желчно-каменной болезни, холециститу и другим поражениям желчного пузыря и желчных путей

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей		
К80 - Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)		
Камни желчного пузыря с острым холециститом	K80.0	Острый калькулезный холецистит (или обострение хронического холецистита). Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.2 с острым холециститом
Камни желчного пузыря с другим холециститом	K80.1	Хронический калькулезный холецистит (вне обострения). Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.2 с хроническим холециститом, холецистит с холелитиазом
Камни желчного пузыря без холецистита	K80.2	Холецистолитиаз, холелитиаз (без холецистита, холангита)
Камни желчного протока с холангитом	K80.3	Холелитиаз, холангит. Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.5 с холангитом
Камни желчного протока с холециститом	K80.4	Холелитиаз, острый или хронический холецистит. Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.5 с холециститом (холангитом)
Камни желчного протока без холангита или холецистита	K80.5	Холелитиаз (без холангита или холецистита). Камни вне- и внутрипеченочных протоков
Другие формы холелитиаза	K80.8	-
К81 - Холецистит		
<i>Исключен: с холелитиазом (K80.-)</i>		

Острый (обострение хронического) холецистит	K81.0	Обострение хронического холецистита, абсцесс, эмпиема, гангрена желчного пузыря
Хронический холецистит	K81.1	Хронический (стадия ремиссии) холецистит
Другие формы холецистита	K81.8	-
Холецистит неуточненный	K 81.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическим диагнозах не употребляется
K82 – K 83 - Другие болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей <i>Исключены:</i> желчнокаменная болезнь (K80.-), состояния, перечисленные в рубрике K81, постхолецистэктомический синдром (K91.5)		
Закупорка желчного пузыря	K82.0	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Водянка (мукоцеле) желчного пузыря	K82.1	-
Прободение желчного пузыря	K82.2	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Свищ желчного пузыря	K82.3	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Холестероз желчного пузыря	K82.4	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Другие болезни желчного пузыря	K82.8	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Болезнь желчного пузыря неуточненная	K82.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическим диагнозах не употребляется
Холангит (острый, хронический)	K83.0	<i>Исключен:</i> холецистит
Закупорка желчного протока	K83.1	Стеноз и окклюзия желчного протока <i>Исключен:</i> холецистит
Прободение желчного протока	K83.2	<i>Исключен:</i> холецистит
Свищ желчного протока	K83.3	Холедоходуоденальный и другие виды свищей. <i>Исключен:</i> холецистит
Спазм сфинктера Одди	K83.4	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическим диагнозах не употребляется
Желчная киста	K83.5	-
Другие уточненные болезни желчевыводящих путей	K83.8	Спайки, атрофия, гипертрофия, язвы желчного протока
Болезнь желчевыводящих путей неуточненная	K83.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическим диагнозах не употребляется

В соответствии с требованиями МКБ-10, каждый приступ (обострение) холецистита, вне зависимости от длительности страдания хроническим холециститом, следует расценивать и кодировать как острый холецистит.

Классификация острого холецистита.

Клинико-морфологические формы — катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичная и вторичная гангрена), перфоративный;

Наличие конкрементов — некалькулезный или калькулезный;

Наличие осложнений: неосложненный или осложненный;

Осложнения — прободение, околопузырный инфильтрат, абсцесс, перитонит, механическая (подпеченочная) желтуха, холангит, наружный или внутренний желчный свищ, острый панкреатит и т.д.

Диагноз желчнокаменной болезни, а не калькулезного холецистита, принято устанавливать только при сочетании калькулезного холецистита с камнями желчных протоков (вне- и внутрипеченочных, за исключением пузырного), а также при обнаружении камней только в желчных протоках, кроме пузырного (Примеры 2, 3, 4).

Пример 2

Основное заболевание: **Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (K80.0)** (флегмонозный – гистологически). Операция эндоскопической холецистэктомии (дата).

Осложнения основного заболевания: **Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0)**. Операция лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата). Жировая дистрофия печени и миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно правой артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

I а) Острый перитонит (K65.0)

б) Камни желчного пузыря с острым холециститом (K80.0)

в) —.

г) —.

II Операция: 1) эндоскопической холецистэктомии (дата); 2) лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата).

Пример 3

Основное заболевание: **Желчно-каменная болезнь (K80.4):** хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (флегмонозный – гистологически). Холелитиаз: камни общего желчного и печеночных протоков, гнойный холангит внутри- и внепеченочных желчных протоков. Операции: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии, (вид оперативного вмешательства, дата)

Осложнения основного заболевания: **Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0).** Операция релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата). **Печеночно-почечная недостаточность (K72.0)** (биохимия крови - ..., клинически). Подпеченочная желтуха (билирубин крови - ..., клинически). Желтушный нефроз. Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (клинически). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз и миофиброз - гистологически. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I а) Острая или подострая печеночная недостаточность (K72.0)
б) Острый перитонит (K65.0)
в) Камни желчного протока с холециститом (K80.4)
г) —.

II Операция: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии ... (вид операции, дата); 3) релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата).

Пример 4

Основное заболевание: **Желчно-каменная болезнь: холелитиаз (K80.3):** камни общего желчного протока, гнойный холангит внепеченочных желчных протоков. Операции: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии, (вид оперативного вмешательства, дата)

Осложнения основного заболевания: **Печеночно-почечная недостаточность (K76.7)** (биохимия крови - ..., клинически). Подпеченочная желтуха (билирубин крови - ..., клинически). Желтушный нефроз. Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (клинически). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз и миофиброз - гистологически. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I а) Гепато-ренальный синдром (K76.7)
б) Камни желчного протока с холангитом (K80.3)
в) —.
г) —.

II Операция: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии ... (вид операции, дата)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

В таблице 3 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к гастродуоденальным язвам.

Таблица 3

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к гастродуоденальным язвам

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Язвенная болезнь желудка (K25 – Язва желудка)		
<i>Примечание:</i> эрозии и острая язва (K25.0-K25.3) не являются нозологической единицей — основным заболеванием (первоначальной причиной смерти), а указывается в диагнозе как проявление или осложнение других заболеваний (или медицинских мероприятий). <i>Исключен:</i> острый геморрагический эрозивный гастрит (K29.0)		
Язва желудка с кровотечением	K25.4	—
Язва желудка с прободением	K25.5	<i>Включено:</i> с пенетрацией
Язва желудка с кровотечением и прободением	K25.6	—
Язва желудка без кровотечения и прободения	K25.7	<i>Включено:</i> в стадии рубцевания, ремиссии
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (K26 – Язва двенадцатиперстной кишки)		
<i>Примечание:</i> эрозии и острая язва (K26.0-K26.3) не являются нозологической единицей — основным заболеванием (первоначальной причиной смерти), а указывается в диагнозе как проявление или осложнение других заболеваний (или медицинских мероприятий).		
Язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением	K26.4	—
Язва двенадцатиперстной кишки с прободением	K26.5	<i>Включено:</i> с пенетрацией
Язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением и прободением	K26.6	—
Язва двенадцатиперстной кишки без кровотечения и прободения	K26.7	<i>Включено:</i> в стадии рубцевания, ремиссии

Острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть основным заболеванием лишь в исключительных случаях, при

отсутствии каких-либо болезней, для которых такие поражения желудочно-кишечного тракта являются проявлением или осложнением.

Термин *пептическая язва* в МКБ-10 подразумевает хроническую язву в стадии обострения при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Отдельно выделяют острые и хронические язвы желудочно-кишечного анастомоза (соустья), которые при хроническом течении и тяжелых осложнениях иногда могут фигурировать в диагнозе в качестве основного или коморбидных заболеваний (коды по МКБ-10 K28.4 – K28.7, причем четвертый знак аналогичен применяемым при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки). Исключена язва тонкой кишки (K53.3)

Язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки принято классифицировать по следующим критериям, что должно быть отражено в диагнозе.

По локализации поражения:

- *Хроническая язва желудка (K25.-):*
 - кардиального и субкардиального отделов, дна желудка;
 - тела и угла желудка (передняя или задняя стенки, малая или большая кривизна);
 - антрального и пилорического отделов;
 - пилорического канала.
- *Хроническая язва двенадцатиперстной кишки (K26.-):*
 - луковицы (передняя или задняя стенки);
 - постбульбарного отдела (выше или ниже большого дуоденального сосочка);
- *Сочетанные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки* (для шифровки по МКБ-10 выбирается один код из рубрик K25.- или K26.-, в зависимости от ведущей роли язвы определенной локализации, прежде всего, в танатогенезе).

По диаметру язвенного дефекта:

- малые (до 0,5 см);
- средние (0,6-1,9 см);
- большие (2,0-3,0 см);
- гигантские (более 3 см).

По стадиям течения (фазам) язвенной болезни:

- стадия обострения (K25.4—K25.6, K26.4—K26.5);
- стадия затухающего обострения (рубцевания) (K25.7, K26.7);
- стадия ремиссии (эпителизированная язва) (K25.7, K26.7).

По характеру течения заболевания:

- острое (впервые выявленная хроническая язва);
- хроническое (рецидивирующее):
 - с редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже);
 - с ежегодными обострениями;
 - с частыми обострениями — непрерывно рецидивирующие (2 раза в год и чаще).

Прочая характеристика: рубцующаяся, длительно не рубцующаяся (свыше 6 мес.), каллезная язва, постъязвенный рубец, глубокая, поверхностная, наличие хеликобактерной инфекции.

Осложнения: кровотечение, перфорация (прободение), пенетрация, рубцовый стеноз и т.д., характеристика периульцерозного воспаления, гастрита, дуоденита, эзофагита и др.

Клинико-морфологическая форма перфорации — прикрытая, в брюшную полость, атипичная (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку, в плевральную полость и т.д.);

Стадия перфорации — начальная, стадия отграниченного перитонита, стадия распространенного перитонита;

Объем кровопотери (если известен), степень анемии, наличие геморрагического шока (с его стадией) и т.д. Для этих целей в

патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз вписываются соответствующие клинико-лабораторные данные (Пример 5).

Пример 5

Основное заболевание: **Язвенная болезнь желудка с кровотечением (K25.4):** хроническая каллезная язва (диаметром 2,5 см) пилорического отдела желудка в области малой кривизны, стадия обострения (биопсия —..., дата, исследование на хеликобактер — результат, дата), рецидивирующего течения с ежегодными обострениями (клинически). Аррозия сосуда в дне язвы, состоявшееся массивное желудочное кровотечение (объем, дата). Жидкая кровь и свертки крови в просвете желудка и верхнем отделе тонкой кишки (объем крови).

Осложнения основного заболевания: Острая постгеморрагическая анемия (степень, Hb крови — клинически), острое общее малокровие. **Геморрагический шок (стадия) (R57.8).**

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I а) Другие виды шока (R57.8)
б) Язва желудка с кровотечением (K25.4).
в) —.
г) —.
II —.

Ущемленная грыжа

В таблице 4 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к грыжам стенок брюшной полости (ущемленным и неущемленным).

Таблица 4

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к грыжам стенок брюшной полости и добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10		Код МКБ-10	Примечания
Паховая грыжа		K40	—
Двусторонняя	С непроходимостью	K40.0	Ущемленная

	С гангреной	К40.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	К40.2	Неущемленная
Односторонняя	С непроходимостью	К40.3	Ущемленная
	С гангреной	К40.4	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	К40.9	Неущемленная
Бедренная грыжа		К41	—
Двусторонняя	С непроходимостью	К41.0	Ущемленная
	С гангреной	К41.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	К41.2	Неущемленная
Односторонняя	С непроходимостью	К41.3	Ущемленная
	С гангреной	К41.4	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	К41.9	Неущемленная
Пупочная грыжа		К42	—
С непроходимостью без гангрены		К42.0	Ущемленная
С гангреной		К42.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
Без непроходимости и гангрены		К 42.9	Неущемленная
Грыжа передней брюшной стенки		К43.0— К43.9	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .2 – инцизионная грыжа без непроходимости или гангрены .3 – грыжа около стомы с непроходимостью без гангрены .4 – грыжа около стомы с гангреной .5 – грыжа около стомы без непроходимости или гангрены .7 – другая и неуточненная грыжа передней брюшной стенки с гангреной .9 — без непроходимости и гангрены
Диафрагмальная грыжа		К 44.0— К 44.9	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .9 — без непроходимости и гангрены

Грыжа (прочие варианты по локализации)	К 45.0— К 45.8	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .8 — без непроходимости и гангрены
---	-------------------	--

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

Классификация грыж стенок брюшной полости.

- *по локализации:* паховая (прямая, косая, пахово-мошоночная), бедренная, белой линии живота, пупочная, послеоперационная, внутренняя, спигелиевой линии и т.д.;

- *по характеру ущемления:* эластическое, каловое, пристеночное, ретроградное;

Осложнения — с острой кишечной непроходимостью, с некрозом ущемленного органа, перитонитом, флегмоной грыжевого мешка, образованием кишечных свищей и т.д. (Пример б).

Пример б

Основное заболевание: **Ущемленная пупочная грыжа (K42.1).** Острая тонкокишечная непроходимость. Гангрена сегмента тощей кишки (длина) в участке ее ущемления в грыжевом мешке. Операция лапаротомии, резекции тонкой кишки ... (вид операции, дата)

Сочетанное заболевание: **Хроническая аневризма сердца задней стенки левого желудочка (I25.3)** (размеры аневризмы). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно огибающей артерии до 75%)

Фоновое заболевание: **Гипертоническая болезнь (I11.0):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 600 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,4 см)

Осложнения основного заболевания: Выраженные водно-электролитные расстройства (показатели – клинически). **Инфаркт миокарда типа 2 в области задней стенки левого желудочка и верхушки сердца (I21.2).** **Острая сердечно-сосудистая (левожелудочковая) недостаточность (клинически) (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация селезенки и почек. Асцит (2 л). Отек легких (I50.1).

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (степень, стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) Пупочная грыжа с гангреной (K42.1)

г) —.

II. Аневризма сердца (I25.3).

Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-2019)

Операция: лапаротомии, резекции тонкой кишки ... (вид операции, дата)

Острая кишечная непроходимость

В таблице 5 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к острой кишечной непроходимости (исключая ущемленные грыжи).

Таблица 5

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к острой кишечной непроходимости (исключая ущемленные грыжи)

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Кишечная непроходимость без грыжи		
Инвагинация	K56.1	<i>Исключена:</i> инвагинация аппендикса — K38.8
Странгуляция	K56.2	—
Илеус, вызванный желчным камнем	K56.3	—
Непроходимость с кишечным (каловым) камнем	K56.4	—
Кишечная непроходимость при спайках (спаечная болезнь)	K56.5	—
Другие виды кишечной непроходимости	K56.6	—

Острая кишечная непроходимость – это синдром, объединяющий различные заболевания, ведущие к нарушению пассажа по кишечнику вследствие механического препятствия или функциональной недостаточности кишечника. Из острых (ургентных) хирургических заболеваний органов брюшной полости исключены динамическая кишечная непроходимость, непроходимость, вызванная опухолью, системными заболеваниями (васкулиты и др.). При развитии кишечной непроходимости в

грыжевом мешке основным заболеванием указывается грыжа стенки брюшной полости. У онкологических больных кишечная непроходимость, обусловленная опухолью или ее метастазами, расценивается как осложнение основного заболевания.

Клинико-морфологические формы:

- *тонкокишечная* — странгуляционная (заворот, узлообразование, инвагинация, внутреннее ущемление), спаечная механическая (простая), механическая в грыжевом мешке (неполная или частичная и полная); обтурационная (безоаром, желчным камнем, гельминтами, инородным телом, вызванная опухолью, воспалительным и рубцовым процессом);
- *толстокишечная* — опухолевая (обтурационная), неопухолевая (механическая — заворот, инвагинация и динамическая — паралитическая, спастическая), механическая в грыжевом мешке (неполная или частичная и полная);
- *послеоперационная* — функциональная динамическая (паралитическая, спастическая), спаечная механическая (ранняя, поздняя), странгуляционная;
- при *перитоните* (осложнении многих заболеваний и повреждений органов брюшной полости):

Острый панкреатит (панкреонекроз)

В таблице 6 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к болезням поджелудочной железы.

Таблица 6

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к болезням поджелудочной железы и добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
--	------------	------------

Болезни поджелудочной железы		
Острый идиопатический панкреатит (панкреонекроз)	K85.0	—
Острый билиарный панкреатит (панкреонекроз)	K85.1	—
Острый панкреатит алкогольной этиологии (панкреонекроз)	K85.2	—
Острый панкреатит лекарственной этиологии (панкреонекроз)	K85.3	—
Другой острый панкреатит	K85.8	—
Острый панкреатит неуточненный	K 85.9	Не применяется в патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозе
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0	—
Другие хронические панкреатиты	K86.1	<i>Исключен: алкогольный</i>
Киста поджелудочной железы	K86.2	
Ложная киста поджелудочной железы	K86.3	
Другие уточненные болезни поджелудочной железы	K86.8	—

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

По тяжести острого панкреатита выделяют легкую (морфологически — отечная форма) и тяжелую (стерильный и инфицированный) формы.

Тяжелые формы острого панкреатита в патологической анатомии принято называть панкреонекрозом, выделяя его виды (жировой, геморрагический и смешанный) и распространенность поражения (мелко-, крупноочаговый, субтотальный, тотальный). Эти термины целесообразно употреблять в диагнозе. Однако в клинической классификации панкреонекроз не синоним, а осложнение острого тяжелого панкреатита (при фульминантной форме срок его развития 24-36 час, обычно в пределах 3-х суток). Следует также учитывать, что преобладают смешанные варианты панкреонекроза (острого тяжелого панкреатита), но даже при так называемом

тотальном всегда остаются сохраненные островки ткани поджелудочной железы по ходу селезеночных сосудов.

Осложнения (внутрибрюшинные и системные, ранние и поздние) — панкреатогенный (ферментативный) шок, острые жидкостные скопления, ретроперитонеонекроз, инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, острая псевдокиста, инфицированная псевдокиста, ферментативный перитонит, гидроторакс, острый панкреатогенный сахарный диабет, механическая желтуха, гнойный перитонит, сепсис, свищи, аррозивное кровотечение и т.д.;

Фазы и периоды течения — токсемии (I фаза, длительностью обычно до 7-10 суток) с периодами острых гемодинамических нарушений (1-3 сутки), ранней полиорганной недостаточности (3-10 сутки), деструктивных осложнений (II фаза, длительностью до нескольких месяцев) с периодами асептических деструктивных осложнений и инфицированных, гнойных деструктивных осложнений (чаще на 2-3-й неделях заболевания).

Острые и хронические панкреатиты нередко являются алкогольными по своей этиологии и патогенезу. Правила формулировки диагноза при алкоголь-ассоциированной патологии представлены в клинических рекомендациях Российского общества патологоанатомов («Правила формулировки патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии)», 2016). Представляем пример формулировки диагноза при алкогольном панкреонекрозе (Пример 7).

Пример 7

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Острый панкреатит алкогольной этиологии (K85.2).

в) —.

г) —.

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

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

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей.

Болезни пищевода

Заболевания полости рта, слюнных желез и пищевода крайне редко бывают первоначальной причиной смерти (основным заболеванием) или коморбидными заболеваниями. В таблице 7 представлены некоторые нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к этим группам болезней, которые иногда могут быть основным или коморбидным заболеванием.

Таблица 7

Некоторые нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к болезням полости рта, слюнных и челюстей, а также пищевода с добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
К10 - К12 - Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей		
Остеомиелит (острый, хронический) челюстей	K10.2	Этиология при необходимости шифруется дополнительным вторым кодом класса I, а прочие внешние факторы — кодом класса XX
Флегмона и абсцесс области рта	K12.2	<i>Исключены:</i> периодонтальный абсцесс — K05.2, перитонзиллярный — J36, слюнной железы — K11.3, языка — K14.0. <i>Включен:</i> подчелюстной абсцесс.
Воспаление слизистой оболочки рта (язвенное)	K12.3	—
К 20 – К 22 - Болезни пищевода		

Эзофагит	K20	<i>Исключены:</i> эрозия — K22.1, с рефлюксом — K21.0. <i>Включены:</i> абсцесс, химический, пептический, неуточненный
Ахалазия кардиальной части пищевода	K22.0	—
Хроническая язва пищевода («язва Барретта»)	K22.1	Острые эрозии и язвы являются не нозологическими единицами — основными заболеваниями, а осложнениями основного заболевания
Стеноз (стриктура) пищевода	K22.2	<i>Исключен:</i> врожденный — Q39.3
Прободение (разрыв) пищевода	K22.3	<i>Исключен:</i> травматический — S27.8
Дивертикул пищевода	K22.5	<i>Исключен:</i> врожденный — Q39.6
Синдром Мэллори-Вейса	K22.6	—
Пищевод Барретта	K22.7	—

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

Гастриты

В таблице 8 представлены наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к этой группе болезней, хотя они крайне редко могут быть основным или коморбидным заболеванием, требующим кодирования.

Таблица 8

Наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к гастритам, и добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Острый эрозивный (геморрагический) гастрит	K29.0	Редко являются основным заболеванием. <i>Исключены:</i> острые эрозии и язвы желудка (не выставляются в диагнозе как основное или коморбидное заболевания)
Другие острые гастриты	K29.1	—
Алкогольный гастрит	K29.2	—
Хронический атрофический гастрит	K29.4	—

Хронический гастрит неуточненный	K29.5	—
Другие гастриты	K29.6	Гипертрофический (гипертрофическая гастропатия, включая болезнь Менетрие), гранулематозный
Аутоиммунный гастрит	K75.4	

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

Острый гастрит (K29.0—K29.2), как правило, является проявлением или осложнением острой инфекции (коды МКБ-10 класса I), острого повреждения слизистой оболочки желудка химическими и токсическими факторами, например, концентрированными щелочами и кислотами (K29.1), большими дозами алкоголя (K29.2), а также расстройств кровообращения (шок, стрессовые реакции) и т.д.

По локализации различают *диффузный и очаговый* (фундальный, антральный, пилороантральный, пилорoduоденальный) острый гастрит, а по характеру воспаления — *катаральный, фибринозный, гнойный* (флегмонозный — осложняет травмы желудка, язвенную болезнь, изъязвленный рак желудка) *и некротический* (коррозивный — при отравлении прижигающими веществами).

Хронический гастрит (K29.3—K29.5) — групповое понятие, включающее разнообразные нозологические формы поражения желудка, которые характеризуются сочетанием хронического воспаления, дистрофических изменений и нарушения регенерации его слизистой оболочки (Табл. 9).

Таблица 9

**Классификация хронических гастритов (модифицированная
Сиднейская система, 1994) с кодами МКБ-10**

Тип гастрита, код МКБ-10	Этиологические факторы	Синонимы
<i>Неатрофический</i> (K29.3)	<i>Helicobacter pylori</i> Другие факторы	Поверхностный, диффузный, антральный, хронический антральный,

		интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный
<i>Атрофический (K29.4)</i>		
Аутоиммунный (K75.4)	Аутоиммунный	Диффузный тела (и дна) желудка, ассоциированный с пернициозной анемией
Мультифокальный, пангастрит (K29.4)	Helicobacter pylori Особенности питания Факторы среды	—
<i>Особые формы гастрита</i>		
Химический (K29.6, K29.2)	Химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные средства — K29.6 (алкогольный гастрит — K29.2)	Реактивный рефлюкс-гастрит (гастрит культуры)
Радиационный (K29.6)	Лучевые поражения	—
Лимфоцитарный (K29.6)	Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, Helicobacter pylori	Вириолоформный, ассоциированный с целиакией
Неинфекционный гранулематозный (K29.6 или код болезни Крона, гранулематоза Вегенера и т.д.)	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический	Изолированный гранулематозный (идиопатический)
Эозинофильный (K52.8)	Пищевая аллергия, другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные (K29.6 или код инфекционного заболевания)	Бактерии (кроме Helicobacter pylori), вирусы, грибы, паразиты	—

Хронический гастрит практически никогда не является первоначальной причиной смерти (основным заболеванием), а также коморбидным заболеванием, будучи обычно сопутствующим.

Энтериты, колиты и другие заболевания кишечника

В таблице 10 представлены наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к заболеваниям кишечника.

Наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к заболеваниям кишечника, и добавленными рубриками¹

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
К50 – К52 - Неинфекционные энтерит и колит		
Болезнь Крона	K50.0— K50.9	.0 — тонкой кишки, терминальный илеит, .1 — толстой кишки .8 — тонкой и толстой кишки .9 — неуточненная В настоящее время принято считать, что болезнь Крона поражает любой отдел пищеварительного тракта от полости рта, глотки, пищевода до прямой кишки.
Язвенный колит	K51.0— K51.9	.0 — энтероколит .1 — илеоколит .2 — проктит .3 — ректосигмоидит .4 — псевдополипоз ободочной кишки .5 — мукозный проктоколит .8 — прочие язвенные колиты .9 — неуточненный язвенный колит
Радиационный гастроэнтерит и колит	K52.0	—
Токсический гастроэнтерит и колит	K52.1	—
Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит	K52.2	—
Неопределенный колит	K52.3	Диагностируется при воспалительных заболеваниях кишечника, при невозможности дифференцировать язвенный колит и болезнь Крона
Эозинофильный и прочие гастриты и энтериты, не указанные выше	K52.8	При неуточненном (в том числе, предположительно, неинфекционном) гастроэнтерите или колите используется код A09
К55 - Сосудистые болезни кишечника		
Острые сосудистые болезни кишечника	K55.0	Гангрена кишки, мезентериальный (артериальный) тромбоз, эмболия, атеросклеротический стеноз, окклюзия. Венозный тромбоз. Острый, подострый ишемический колит
Хронические сосудистые болезни	K55.1	Хронический ишемический колит, энтерит, энтероколит

К57 - Дивертикулярная болезнь кишечника		
<i>Исключены:</i> врожденный дивертикул (Q43.8), дивертикул аппендикса (K38.2), дивертикул Меккеля (Q43.0).		
<i>Включены:</i> дивертикулит, дивертикулез, дивертикул		
Тонкой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.0	—
Тонкой кишки без прободения или абсцесса	K57.1	—
Толстой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.2	—
Толстой кишки без прободения или абсцесса	K57.3	—
Тонкой и толстой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.4	—
Тонкой и толстой кишки без прободения или абсцесса	K57.5	—
К61 – К90 - Прочие болезни кишечника		
Абсцесс прямой кишки	K61.0— K61.4	Четвертые знаки: .0 — анальный .1 — ректальный .2 — аноректальный .3 — ишиоректальный .4 — интрасфинктеральный
Выпадение прямой кишки	K62.3	—
Язва (каловая и др.) прямой кишки и заднего прохода	K62.6	<i>Исключена:</i> трещина — K60
Нетравматическое прободение прямой кишки, проктит неуточненный	K62.8	—
Абсцесс кишечника	K63.0	<i>Исключены:</i> абсцесс прямой кишки — K61, аппендикса — K35.1, с дивертикулярной болезнью — K57
Прободение (нетравматическое) кишечника	K63.1	<i>Исключены:</i> аппендикса — K35.0, двенадцатиперстной кишки — K26, с дивертикулярной болезнью — K57
Целиакия	K90.0	—
Тропическая спру	K90.1	—
Болезнь Уиппла	K90.8	—

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

До настоящего времени не существует общепринятой классификации и четкого разграничения многих нозологических форм неопухолевых заболеваний толстой кишки.

Среди колитов выделяют две их основные группы:

- *с уточненной этиологией* (инфекционные, паразитарные, ишемические, а также токсические, радиационные и другие вторичные колиты);
- *с неуточненной этиологией* (воспалительные заболевания толстой кишки: болезнь Крона, язвенный колит, неклассифицируемый колит).

Кроме колитов в клинических классификациях рассматривают также особый вид поражения толстой кишки — *синдром раздраженного кишечника*, морфологический субстрат которого пока обсуждается.

Среди колитов с уточненной этиологией наиболее изучены:

- *инфекционные и паразитарный колиты*, включая вызванные собственной кишечной микрофлорой, например, *псевдомембранозный (антибиотик-ассоциированный) колит* (этиология — грамотрицательный токсинообразующий кишечный сапрофит *Clostridium difficile*, особенно часто встречающийся как осложнение антибиотикотерапии).

Острый инфекционный колит может приобретать хроническое течение, при этом не всегда удается выделить его этиологический агент. Такой колит носит название *хронического постинфекционного* (также шифруется кодами МКБ-10 класса I).

- *ишемический колит* (K55.0 — острый, подострый, K55.1 — хронический), чаще носит сегментарный характер с поражением селезеночного изгиба поперечно-ободочной кишки. Ишемический колит входит в группу ишемических (сосудистых) болезней кишечника.

Сосудистые болезни кишечника. Клинико-морфологические формы:

- *острые:*
 - гангрена кишки (мезентериальный артериальный или венозный тромбоз, аорто- и артерио-артериальная тромбоземболия) — K55.0 (Пример 8);

- острый и подострый ишемический колит — K55.0;

- *хронические*: хронический ишемический колит (энтерит, энтероколит) — K55.1.

Пример 8

Основное заболевание: **Атеросклеротическая гангрена дистальной части тощей и всей подвздошной кишки (K55.0)**. Стенозирующий атеросклероз брыжеечных артерий (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно верхней брыжеечной артерии в области ее устья до 50%; нестабильная атеросклеротическая бляшка и обтурирующий красный тромб длиной 4 см верхней брыжеечной артерии в 2-х см от ее устья). Операция диагностической лапаротомии ... (вид операции, дата)

Осложнения основного заболевания: **Разлитой фибринозно-геморрагический перитонит (K65.0)**. Правосторонняя очаговая пневмония в VII—X сегментах (этиология). Жировая дистрофия печени, миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 75%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острый перитонит (K65.0)

б) Острые сосудистые болезни кишечника (K55.0).

в) —.

г) —.

II Операция диагностической лапаротомии ... (вид операции, дата)

Описаны ятрогенные, вызванные медикаментами (эфедрин, ангиотензин, контрацептивы), формы ишемического колита. К ишемическому колиту близок *некротический колит*, который развивается как осложнение повышения давления в просвете толстой кишки (при кишечной непроходимости и др.) с последующей ишемией ее стенки и инвазией анаэробной аутофлоры.

- *радиационный колит* (K52.0), может встречаться как осложнение лучевой терапии у онкологических больных.

- *вторичные (чаще токсические) острые и хронические колиты*, эндогенного (при хронической почечной недостаточности и др.) или экзогенного (обусловленные приемом алкоголя, лекарственных средств и т.д.)

происхождения (K52.1—K52.9). Активный колит могут вызывать многие лекарственные средства.

Воспалительные заболевания кишечника (неуточненной этиологии) характеризуются развитием хронического рецидивирующего воспаления и включают в себя две нозологические единицы: болезнь Крона и язвенный колит. В случаях, когда провести дифференциальный диагноз между ними не представляется возможным, используют диагноз неопределенного колита (K52.3). В последнее время доминирует представление о том, что такой колит является отдельным заболеванием с «перекрестом» клинических и морфологических признаков язвенного колита и болезни Крона.

Язвенный колит (язвенный энтероколит, хронический язвенный колит, устаревшее – неспецифический язвенный колит). *Клинико-морфологические формы:*

- язвенный энтероколит — K51.0 (Пример 9);
- язвенный илеоколит — K51.1;
- язвенный проктит — K51.2;
- язвенный ректосигмоидит — K51.3;
- другие локализации (аппендицит и др.) — K51.8.

При формулировании диагноза язвенного колита следует отразить характер течения заболевания, протяженность поражения, тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии, наличие гормональной зависимости или резистентности, а также кишечных и внекишечных осложнений.

Болезнь Крона (гранулематозный энтерит, колит, терминальный илеит, регионарный энтерит, колит, илеит). *Клинико-морфологические формы:*

- тонкокишечная — терминальный илеит, с поражением двенадцатиперстной, тощей кишок — K50.0;
- толстокишечная, с поражением прямой кишки — K50.1 (Пример 10);
- смешанная (тонкой и толстой кишки), другой локализации — K50.8.
- с поражением всех отделов пищеварительного тракта (K50.8).

При формулировании диагноза болезни Крона следует отразить локализацию поражения с перечислением пораженных сегментов желудочно-кишечного тракта, характер течения заболевания, фазу течения (ремиссия или обострение), тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии, наличие гормональной зависимости или резистентности, а также наличие внекишечных или кишечных и перианальных осложнений.

Пример 9

Основное заболевание: **Язвенный энтероколит с поражением прямой, сигмовидной, поперечно-ободочной и подвздошной кишок (K51.0)**, хронического непрерывного течения, тяжелая атака, гормональная зависимость (препараты, дозы, длительность терапии – по данным истории болезни).

Осложнения основного заболевания: **Перфорация восходящего отдела ободочной кишки (K63.1)** (размеры, дата перфорации). **Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0)**. Правосторонняя очаговая пневмония в VII—X сегментах (этиология). Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (клинически). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз и миофиброз - гистологически Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно правой артерии до 50%)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острый перитонит (K65.0)
б) Прободение кишечника (нетравматическое) (K63.1)
в) Язвенный энтероколит (K51.0).
г) —.
II —.

Пример 10

Основное заболевание: **Болезнь Крона с поражением восходящей и поперечной ободочной кишок (K50.1)**, хронического рецидивирующего течения, тяжелая форма, гормональная зависимость (препараты, дозы, длительность терапии – по данным истории болезни)

Осложнения основного заболевания: **Перфорация ободочной кишки (K63.1)** (дата) в области печеночного угла (диаметр перфорации 0,2 см). **Разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0)**. Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз до 50%)

Медицинское свидетельство о смерти

- I а) Острый перитонит (K65.0)
б) Прободение кишечника (нетравматическое) (K63.1)
в) Болезнь Крона ободочной кишки (K50.1).
г) —.

II —.

«Микроскопические колиты» (K52.8), представляют собой группу хронических заболеваний, характеризующихся водянистой диареей, отсутствием макроскопических изменений при проведении колоноскопии и специфическими гистологическими признаками, обнаруживаемыми при микроскопическом исследовании биоптатов (отсюда и происхождение названия данной патологии). Часто микроскопический колит ассоциирован с аутоиммунными заболеваниями. Проведение гистологического исследования необходимо не только для постановки диагноза и проведения дифференцировки между двумя главными подтипами (лимфоцитарным колитом [K52.8] и коллагеновым [K52.8]), но и для исключения других возможных причин развития хронической диареи. В большинстве классификаций выделяют также эозинофильный, гистиоцитарный, глубокий кистозный и некоторые другие редко встречающиеся виды колитов с разнообразной этиологией и патогенезом.

При отсутствии морфологических изменений в стенке кишечника, больные с нарушениями моторно-эвакуаторной и, иногда, секреторной и других функций тонкой и толстой кишок продолжительностью свыше 3 мес. трактуются как больные с функциональной патологией кишечника — *синдромом раздраженного кишечника* (K58.0 — с диареей и K58.9 — без диареи, устаревшие синонимы: слизистый колит, невроз толстой кишки, дискинезия кишечника и др.). Микроскопические колиты и синдром раздраженного кишечника не могут фигурировать в качестве основного или коморбидного заболеваний.

Гепатиты и циррозы печени

В таблице 11 представлены нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к циррозам печени и гепатитам **неинфекционной этиологии.**

**Часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и
примечаниями, относящиеся к циррозам печени и гепатитам
неинфекционной этиологии**

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни печени		
<i>Исключены:</i> вирусные гепатиты и циррозы печени (B15—B19), гемохроматоз (E83.1), болезнь Вильсона—Коновалова (E83.0), синдром Бадда—Киари (I82.0)		
Алкогольный жировой гепатоз	K70.0	—
Алкогольный гепатит	K70.1	—
Алкогольный фиброз и склероз печени	K70.2	—
Алкогольный цирроз печени	K70.3	—
Токсическое (с указанием токсического фактора) поражение печени с холестазом	K71.0	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический (с указанием токсического фактора) некроз печени	K71.1	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический острый гепатит	K71.2	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический хронический персистирующий гепатит	K71.3	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический хронический лобулярный гепатит	K71.4	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический хронический активный гепатит	K71.5	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический фиброз или цирроз печени	K71.7	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсическое поражение печени с прочими поражениями печени	K71.8	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Первичный билиарный цирроз	K74.3	—
Вторичный билиарный цирроз	K74.4	—
Цирроз печени неуточненной этиологии	K74.6	—

Абсцесс печени	K75.0	—
Неспецифический реактивный гепатит	K75.2	—
Гранулематозный гепатит неуточненной этиологии	K75.3	—

Правила формулировки диагноза при *вирусных (постгепатитных) циррозах печени* представлены в рекомендациях по формулировке патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Такие циррозы кодируются по МКБ-10 как исходы вирусных гепатитов (B15—B19, см. класс I данных методических рекомендаций). По классификации гепатитов V. Desmet (1994) цирроз рассматривается как IV стадия (финальная) гепатита (фиброз + формирование ложных долек и нарушение архитектоники печени).

Формулировка диагноза и его кодирование при *алкогольных поражениях (болезнях) печени* (алкогольный жировой гепатоз — K70.0, гепатит — K70.1, фиброз — K70.2 и цирроз печени — K70.3) рассмотрены в рекомендациях по формулировке патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни.

Застойный (сердечный, мускатный) цирроз печени в настоящее время расценивается как фиброз (склероз) печени (K76.1).

Классификация (этиологическая) циррозов печени:

- *Приобретенные формы:*
 - вирусный (постгепатитный) (B15—B19);
 - алкогольный (K70.3);
 - смешанный (K74.6);
 - аутоиммунный (K74.6);
 - токсический (кроме алкогольного) (K74.6);
 - криптогенный или неуточненной этиологии (K74.6);
 - индийский детский цирроз;

- билиарный первичный (и в исходе первичного склерозирующего холангита) (K74.3);

- билиарный вторичный (обтурационный) (K74.4);

• *Наследственные формы:*

- гемохроматоз (E83.1), болезнь Уилсона (болезнь Вильсона-Коновалова — E83.0), талассемия, недостаточность α_1 -антитрипсина, галактоземия, болезнь накопления гликогена (IV тип), тирозиноз, непереносимость фруктозы и др.

Классификация (морфологическая) циррозов печени:

- макронодулярный (крупноузловой);
- микронодулярный (мелкоузловой);
- смешанный (макро-микронодулярный, крупно-мелкоузловой);
- неполный септальный цирроз.

Гистологически: мультинодулярный и мононодулярный.

Класс (степень тяжести) цирроза печени по шкале Чайлда—Пью (см. клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов «Правила формулировки патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Класс I МКБ-10», 2016).

Диагноз цирроза печени должен включать его этиологию, морфологическую форму, активность, фазу, класс по системе Чайлда—Пью, желательно, результаты биопсийного исследования печени, характеристику (стадии) печеночной (печеночно-клеточной), печеночно-почечной недостаточности, внепеченочных проявлений (синдрома портальной гипертензии) и другие особенности заболевания (Примеры 11 - 12).

Пример 11 (вариант 1 формулировки диагноза)

Основное заболевание: Хронический вирусный гепатит С (вирусологическое исследование — метод, результат, дата, гистологически — результат, дата),

выраженная степень активности, фаза декомпенсации, IV стадия, с исходом в мелкоузловой цирроз печени (B18.2), класс В по шкале Чайлда—Пью

Фоновое заболевание: **Хроническая опиоидная наркомания (характеристика) (F11.2).**

Осложнения основного заболевания: **Печеночно-почечная недостаточность (K72.0) (характеристика).** Паренхиматозная желтуха. Желтушный нефроз. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Хронический вирусный гепатит С (B18.2).

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, с синдромом зависимости (F11.2).

Пример 11 (вариант 2 формулировки диагноза)

Основное заболевание: **Крупноузловой цирроз печени в исходе вирусного гепатита В (B18.1) (вирусологическое исследование — метод, результат, дата, гистологически — результат, дата), активность ..., фаза ..., класс по шкале Чайлда—Пью**

Фоновое заболевание: **Хроническая опиоидная наркомания (характеристика) (F11.2).**

Осложнения основного заболевания: **Печеночно-почечная недостаточность (K72.0) (характеристика).** Паренхиматозная желтуха. Желтушный нефроз. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, с синдромом зависимости (F11.2).

Пример 12

Основное заболевание: **Мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии (K74.6), активность ..., фаза ..., класс по шкале Чайлда—Пью. Синдром портальной гипертензии (стадия): варикозное расширение вен нижней трети пищевода и кардии желудка, геморроидальных вен, спленомегалия (масса селезенки 450 г), асцит (3000 мл)**

Осложнения основного заболевания: **Массивное кровотечение из аррозированных вен нижней трети пищевода (K22.8).** Жидкая кровь в просвете желудка и тонкой кишки (объем крови). Острое общее малокровие (Hb крови — клинически). **Геморрагический шок (стадия) (R57.8):** жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, мелкоочечные кровоизлияния в плевре, перикарде. Некротический нефроз. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8).

б) Другие уточненные болезни пищевода (K22.8).

в) Другой и неуточненный цирроз печени (K74.6).

г) —

II. —

Неалкогольная жировая болезнь печени

Неалкогольная жировая болезнь печени представляет собой синдром ее метаболического поражения и включает в себя 4 класса изменений:

- класс 1 — простой стеатоз (жировой гепатоз, жировую дистрофию печени);
- класс 2 — стеатоз с лобулярной воспалительной инфильтрацией;
- класс 3 — стеатоз с лобулярной воспалительной инфильтрацией, баллонной дистрофией и фокальными некрозами гепатоцитов (неалкогольный стеатогепатит);
- класс 4 — все вышеуказанные изменения с появлением телец Маллори и/или фиброзом вплоть до развития цирроза печени.

Выделяют три степени тяжести (в зависимости в зависимости от выраженности гистологических изменений в биоптате печени) и четыре стадии заболевания (от минимального до выраженного фиброза и даже цирроза печени).

Неалкогольная жировая болезнь печени может являться компонентом *метаболического синдрома* (синдрома X, синдрома инсулин-резистентности или «смертельного квартета»): ожирения, артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета 2-го типа.

В МКБ-10 отсутствуют коды для классов неалкогольной жировой болезни печени и, в зависимости от тяжести ее поражения, при необходимости можно использовать шифры K76.0 (жировая дистрофия печени, неклассифицированная в других рубриках), K74.0 (фиброз печени) и K74.6 (другой и неуточненный цирроз печени) (Пример 13).

Пример 13

Основное заболевание: **Неалкогольный стеатогепатит IV стадии с формированием микронодулярного цирроза печени (K74.6)**, тяжелого течения, фаза декомпенсации, класс C по шкале Чайлда—Пью. Синдром портальной гипертензии (стадия): варикозное расширение вен нижней трети пищевода, спленомегалия (масса селезенки 400 г), асцит (2000 мл)

Фоновое заболевание: **Алиментарное ожирение IV степени (E66.0)**, гиперхолестеринемия, нарушение толерантности к глюкозе (биохимия крови — ..., дата)

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата). Паренхиматозная желтуха. **Массивное кровотечение из аррозированных вен нижней трети пищевода (K22.8)**. Жидкая кровь в просвете желудка и тонкой кишки (объем крови). Острое общее малокровие (Hb крови — клинически). **Геморрагический шок (стадия) (R57.8)**: жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, мелкоточечные кровоизлияния в плевре, перикарде. Некротический нефроз. Отек головного мозга

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 75%). Атероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8).

б) Другие уточненные болезни пищевода (K22.8).

в) Другой и неуточненный цирроз печени (K74.6).

г) —

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

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.: ГЕОТАР-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.