

ФОРМУЛИРОВКА И КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10 ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

¹Кафедра патологической анатомии ГОУ ВПО МКМСУ Росздрава, 127478, Москва; ²ГУ НИИ морфологии человека РАМН, 117418, Москва

Класс IX (Болезни системы кровообращения) объединяет большое число групповых (родовых) понятий и нозологических единиц, которые выделены как на основании их этиологии и патогенеза, так и исходя из медико-социальных критериев (многие по сути представляют собой осложнения атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета). В частности, такими групповыми понятиями являются ишемические болезни сердца и цереброваскулярные болезни. Каждое из них включает в себя ряд нозологических форм, а именно, ишемическая болезнь сердца — виды стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза и др. (коды I20—I25). Даже такие нозологические единицы, как острый (первичный) и повторный инфаркты миокарда, ишемический инфаркт и гематома головного мозга, в зависимости от локализации патологического процесса и некоторых других критериев в МКБ-10 представлены как отдельные формы со специфическими кодами.

Как самостоятельные нозологические формы (со своими кодами) выделены гипертоническая болезнь (гипертензивная болезнь) с застойной сердечной недостаточностью (I11.0, I11.9), с почечной недостаточностью (I12.0, I12.9), с сердечной и почечной недостаточностью (I13.0, I13.1, I13.2). Из этих рубрик исключены случаи с вовлечением в патологический процесс артерий сердца, головного мозга (коды I20—I69, класс IX), кишечника (коды K55.0—K55.9, класс XI), конечностей и других магистральных артерий (коды I70—I76, класс IX). Они фигурируют как самостоятельные нозологические единицы со своими кодами.

Класс IX включает ряд терминов, таких, как "гипертензивная болезнь", "атеросклеротическая болезнь сердца", "перенесенный в прошлом инфаркт миокарда" и др., для которых имеются отечественные аналоги: "гипертоническая болезнь" или "артериальная гипертензия", "атеросклеротический кардиосклероз" или "диффузный мелкоочаговый кардиосклероз", "постинфарктный кардиосклероз" или "крупноочаговый кардиосклероз". При формулировке диагноза допускается использование некоторых таких терминов, до настоящего времени принятых в отечественных классификациях, а для шифровки применять коды их аналогов (или синонимов) из МКБ-10.

Патолого-анатомический диагноз при болезнях системы кровообращения (как и при других заболеваниях) должен быть максимально развернутым.

При кодировании нозологических единиц класса IX следует учитывать ряд требований МКБ-10. При острой ревматической лихорадке выбор кода

зависит не от наличия артрита, а от поражения сердца, центральной нервной системы и других органов. Только при изолированном поражении суставов используется код I00 — острая ревматическая лихорадка (острый или подострый артрит). При обострении заболевания его следует кодировать как острый процесс. При не уточненных по этиологии и патогенезу пороках сердца МКБ-10 используют коды ревматических пороков (I05). Не используются в диагнозах, так как представляют собой групповые и/или неуточненные патологические состояния, причем нередко неудачные с позиций отечественной терминологии: дегенерация миокарда (I51.1); острая ишемическая болезнь сердца неуточненная (I24.9); атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная (I25.0); хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная (I25.9); цереброваскулярная болезнь неуточненная (I67.9).

Не могут фигурировать в качестве основного заболевания и поэтому не кодируются патологические процессы, которые всегда представляют собой только осложнения или проявления определенных нозологических форм (синдромы, симптомы): текущие осложнения острого инфаркта миокарда (I23.0—I23.8); сердечная недостаточность (I50); варианты аритмий (I44, I45, I47, I48, I49), кроме врожденных нарушений ритма и проводимости, приводящих к фатальной асистолии; большая часть патологических процессов из группы "осложнения и неточно обозначенные болезни сердца" (I51); острая (но не хроническая) аневризма сердца; легочная эмболия (тромбоэмболия легочной артерии); легочное сердце (острое или хроническое); легочная гипертензия (кроме первичной, идиопатической, которая является нозологической формой); флеботромбоз (но не тромбоз флебит) и др.

Не используются в патолого-анатомическом диагнозе, так как имеются термины и коды, отражающие ту же нозологическую единицу с позиций морфологического субстрата (и классификации) патологического процесса: бессимптомная ишемия миокарда (I25.6); стенокардия (I20.0—I20.9) — групповое клиническое понятие в рамках ишемических болезней сердца (ИБС). Их морфологическим субстратом может, например, являться диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, синоним которого по требованию МКБ-10 — "атеросклеротическая болезнь сердца" с кодом I25.1. Нужно помнить, что поиск патолого-анатомического субстрата, например, стенокардии в результате спазма артерий сердца может быть значительно затруднен, и большое внимание при формулировке патолого-

анатомического диагноза должно быть уделено клиническим данным.

В качестве нозологической единицы — основного заболевания при летальных исходах (первоначальной причины смерти) не используются следующие патологические процессы и коды, имеющиеся в классе IX: коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда (I24.0); закупорка и стеноз прецеребральных артерий или церебральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (I65 и I66); атеросклероз других артерий (I70.8); нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках (I97).

Во многих случаях ишемические поражения различных органов патогенетически представляют собой осложнения или проявления (протекают "на фоне") гипертонической болезни, вторичных артериальных гипертензий или сахарного диабета. При таких основных заболеваниях гипертоническая болезнь, вторичные артериальные гипертензии (и нозологические формы, вызвавшие вторичную гипертензию) и сахарный диабет указываются в диагнозе в рубрике "Фоновые заболевания".

В патолого-анатомическом диагнозе не следует употреблять словосочетание "на фоне", а необходимо выделить рубрику "Фоновое заболевание", которая имеет четкое определение. Так как понятие "на фоне" можно трактовать значительно шире, чем "фоновое заболевание", то диагнозы с формулировкой "на фоне" являются неверно оформленными. Важно подчеркнуть, что ни алкоголизм (или хроническая алкогольная интоксикация), ни онкологические заболевания, ни болезни легких не могут фигурировать в качестве фоновых заболеваний для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника, конечностей и т. д. Следует применять другие варианты формулировки комбинированного основного заболевания, а именно: "сочетанные заболевания" или "конкурирующие заболевания".

Не допускается представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений различных органов (сердца, головного мозга, кишечника, конечностей и др.), так как эти органые поражения выделены в современных классификациях и в МКБ-10 как самостоятельные нозологические единицы. В результате стенозирующий атеросклероз артерий того или иного органа превратился в неотъемлемую составную часть нозологической единицы, например, стенокардии или инфаркта миокарда, атеросклеротической деменции или ишемического инфаркта головного мозга, гангрены кишки или конечности и т. д. Поэтому атеросклероз артерий пораженных органов указывается сразу после формулировки конкретной нозологической формы в качестве проявления данного заболевания. При этом нередко имеющиеся атеросклеротические поражения артерий других органов или аорты в данной рубрике диагноза не перечисляются. Тем более некорректными являются такие формулировки, как "общий", "генерализованный", "системный" атеросклероз, "атеросклероз аорты и ее ветвей", "коронарокардиосклероз", "коронаросклероз".

Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензий или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В

таких случаях, в виде исключения при наличии соответствующего обоснования (клинических или морфологических доказательств) атеросклероз аорты и конкретных артерий указывается в составе проявлений артериальной гипертензий или сахарного диабета как макроангиопатия наряду с микроангиопатией. Однако доказать это удается достаточно редко, в связи с чем не следует увлекаться такой формулировкой диагноза.

При любом упоминании в патолого-анатомическом диагнозе атеросклероза необходимо указать стадию этого патологического процесса, степень стеноза артерии (в процентах), а также наличие и особенности, в частности наличие так называемых нестабильных ("легко ранимых") атеросклеротических бляшек.

Недопустимо в диагнозе подменять термин "атеросклероз" терминами "атерокальциноз" или "склероз" артерии, так как такие поражения артерий или аорты могут быть обусловлены не только атеросклерозом, но и васкулитом или наследственными заболеваниями. Именно поэтому, например, термин "коронаросклероз" может означать склероз коронарных артерий в исходе как васкулита, так и других патологических процессов, в связи с чем является неточным и должен быть исключен из диагноза.

В настоящее время широко распространенный ранее термин "ревматизм, активная фаза" заменен принятым в международных классификациях и МКБ-10 — "(острая) ревматическая лихорадка". Термин "ревматизм, неактивная фаза" заменен соответственно на конкретные виды хронических ревматических болезней сердца. При обострении заболевания используются термины "ревматическая лихорадка", "острая ревматическая лихорадка", "острый ревматический" перикардит, эндокардит, миокардит и т. д. Употребление в диагнозе устаревшего термина "ревматизм", даже с указанием фазы его активности, не рекомендуется. Исключены также из употребления термины "вялое" и "непрерывно-рецидивирующее" течение, ранее используемые для характеристики вариантов течения ревматической лихорадки. При поражении клапанов сердца (не только ревматической природы) термин "сочетанное поражение" (или сочетанный клапанный порок сердца) следует использовать для обозначения одновременного поражения разных клапанов (например, сочетанный митрально-аортальный порок сердца), термин "комбинированное поражение" — для указания поражения одного и того же клапана (например, комбинированный порок — стеноз и недостаточность митрального клапана).

Клапанные приобретенные пороки сердца и эндокардиты неуточненной этиологии расцениваются как ревматические и соответствующим образом кодируются (I05—I09), поэтому для использования кодов МКБ-10 из группы неревматических поражений клапанов сердца (I33—I36) важно доказать неревматическую этиологию патологического процесса. Этиология и патогенез неревматических приобретенных клапанных поражений и пороков сердца достаточно разнообразны. Различают инфекционные (септические) эндокардиты (I33), первичные (дегенеративные) кальцинозы (I34—I35), эндокардит Леффлера (I42.3), которые чаще становятся основным заболеванием. Поражение

клапанов сердца как проявление других, нередко системных заболеваний встречается при синдромах дисплазии соединительной ткани, ревматических болезнях (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.), атеросклерозе, амилоидозе, сифилисе, паранеопластических синдромах и т. д., а также как следствие травм, лучевого или лекарственного поражения. Коды для врожденных пороков сердца даны в МКБ-10 в классе XVII (Врожденные аномалии — пороки развития, деформации и хромосомные нарушения).

Для обозначения кальциноза аортального клапана без его стеноза используют термин "аортальный склероз". Не допускается употребление в диагнозах при дегенеративном кальцинозе или атеросклеротическом поражении аортального или митрального клапана сердца терминов "сенильный", "марантический", "идиопатический".

Атеросклеротическую природу порока сердца обосновывают тяжестью системного атеросклеротического поражения, выраженным нарушением обмена липидов (гиперхолестеринемия и т. д.), в иных случаях лучше использовать термин "кальциноз". Важно также учитывать возможность обнаружения врожденного аортального стеноза — подклапанного или клапанного — за счет гипоплазии аорты.

Пролапс митрального клапана может быть не только вторичным, приобретенным (при патологии миокарда, травме створок и хорд клапана, различных системных болезнях и т. д.), но и первичным (идиопатическим, при относительно локальной дисплазии соединительной ткани). В последнем случае, а также при его травматической этиологии пролапс митрального клапана может фигурировать в рубрике "Основное заболевание" с указанием его тяжести (степени) и других особенностей.

Артериальная гипертензия, по определению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международного общества по гипертензии (МОГ) — "WHO-ISH guidelines for the management of hypertension" (1993, 1996), это повышение артериального давления (систолическое 140 мм рт. ст. и/или диастолическое 90 мм рт. ст.), зарегистрированное не менее чем при двух врачебных осмотрах, при каждом из которых его измеряют по крайней мере дважды.

По новому определению ВОЗ—МОГ (1999), под артериальной гипертензией понимают уровень систолического артериального давления, равный 140 мм рт. ст. или выше, и/или уровень диастолического артериального давления, равный 90 мм рт. ст. или выше, у лиц, не получающих антигипертензивных препаратов. В связи со значительными спонтанными колебаниями артериального давления диагноз артериальной гипертензии должен основываться на результатах его многократного измерения при повторных посещениях врача.

Артериальная гипертензия (артериальная гипертония), будучи групповым понятием, включает в себя эссенциальную гипертензию (гипертоническую болезнь, синонимы — гипертензивная болезнь, эссенциальная артериальная гипертония, первичная артериальная гипертония) и разнообразные вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии.

Около 5% артериальных гипертензии являются вторичными, или симптоматическими, т. е. вызванными определенными причинами (заболеваниями). Существует достаточно много классификаций вторичных (симптоматических) артериальных гипертензии, причем в МКБ-10 они объединены в 5 групп со своими кодами.

Вторичные артериальные гипертензии — это синдромы, учитываемые либо как проявления основного заболевания, вызвавшего гипертензию, либо как фоновые заболевания. Если симптоматическая артериальная гипертензия указана в диагнозе в рубрике "Фоновое заболевание" (например, для ишемического поражения сердца или головного мозга), то необходимо в этой же рубрике предположить заболевание, которое ее вызвало (например, хронический пиелонефрит).

В соответствии с рекомендациями по диагностике, классификации и лечению артериальной гипертензии ВОЗ—МОГ (1999) предложено отказаться от использования терминов "мягкая", "умеренная" и "тяжелая" формы артериальной гипертензии, а выделять 3, а с 2003 г. — 2 степени заболевания. Стадии гипертонической болезни в России традиционно выделяются по классификации, предложенной А. Л. Мясниковым. Эксперты ВОЗ—МОГ (1993, 1996) сохранили выделение таких трех стадий заболевания для обозначения изменений органов-мишеней, обусловленных артериальной гипертензией.

Как отмечено выше, наличие при гипертонической болезни (ее формах, представленных в МКБ-10) признаков любой нозологической единицы из групп ишемических болезней сердца, кишечника, конечностей и др., цереброваскулярных болезней "превращает" ее в фоновое заболевание.

Вторичные артериальные гипертензии (I15) представляют собой проявление (синдром) болезней (нозологических единиц других классов МКБ-10), которые могут быть основными, фоновыми или сопутствующими. Поэтому в диагнозах преимущественно указываются (и кодируются) заболевания, которые привели к развитию вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии (гломерулонефриты, пиелонефрит, опухоли эндокринных желез и др.).

В патолого-анатомической практике дифференциальная диагностика между нозологической единицей из группы ИБС — диффузным мелкоочаговым кардиосклерозом (атеросклеротической болезнью сердца, I25.1) и гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца (I11.0—I11.9) часто вызывает большие затруднения. Основными критериями являются клинические данные (например, стенокардия и другие проявления ИБС), а также стадия и степень выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца.

При дифференциальной диагностике между первичной (эссенциальной) гипертонической болезнью и вторичными (симптоматическими) артериальными гипертензивными синдромами требуется уделять особое внимание состоянию почек, органов эндокринной и нервной систем и др.

Таким образом, диагноз гипертонической болезни (I10—I13) как основного заболевания ставится методом исключения, в случаях, когда отсут-

ствуют признаки ИБС, других органов и вторичные артериальные гипертензивные синдромы.

ИБС, или коронарная болезнь сердца, — групповое (родовое) понятие, включающее патологические процессы (нозологические формы), возникающие вследствие острой или хронической ишемии миокарда (несоответствия уровня снабжения оксигенированной кровью уровню потребности в ней сердечной мышцы), обусловленное спазмом, сужением или обструкцией коронарных артерий при их атеросклерозе.

Распространенной формулировкой в клинических диагнозах остается запись "ишемическая болезнь сердца (ИБС)" иногда "острая" или "хроническая ИБС", начинающая рубрику основного заболевания. Такое использование группового (родового) понятия допустимо только при наличии уточнения нозологической единицы сразу после термина "ИБС" с двоеточием. Также групповым понятием является термин "острый коронарный синдром", отсутствующий в МКБ-10.

В патолого-анатомическом диагнозе на первом месте в рубрике "Основное заболевание" должно быть записано "ключевое слово" — первоначальная причина смерти, нозологическая единица, подлежащая кодированию по МКБ-10. Так как ИБС — это групповое понятие, то при кодировании и статистической обработке по требованиям МКБ-10 диагноз ИБС трактуется как неуточненная первоначальная причина смерти из группы ИБС. Такая формулировка допустима в исключительных случаях и только в клиническом (но не в патолого-анатомическом) диагнозе или в медицинском свидетельстве о смерти в случае выдачи тела умершего без вскрытия, когда по объективным причинам невозможно установить точный диагноз.

В комбинированном основном заболевании нозологические единицы из группы острой ИБС (виды стенокардии, варианты инфаркта миокарда) имеют как медико-социальный, так и (при летальном исходе) танатогенетический приоритет и, по возможности, их ставят на первое место, если, конечно, особенности заболевания или танатогенеза не диктуют иной формулировки диагноза.

Нозологические единицы из группы ИБС включают, если выявленные ишемические повреждения миокарда (синдром стенокардии, инфаркт миокарда) и их исходы (кардиосклероз) обусловлены не атеросклерозом коронарных артерий, а васкулитами (коронаритами) — узелковым периартериитом, системной красной волчанкой, гигантоклеточным артериитом, аортоартериитом (болезнь Такацуси), болезнью Кавасаки, сифилисом и т. д.; утолщением меди коронарных артерий при метаболических нарушениях, пролиферацией их интимы (гомоцистеинурия, синдром Гурлера, болезнь Фабри, амилоидоз, ювенильный кальциноз артерий и т. д.); миокардитами различной этиологии; тромбозами коронарных артерий; системными заболеваниями (например, инфекционного или ревматического эндокардита, миксомы левого предсердия); травматическими повреждениями сердца и его сосудов; первичной опухолью сердца или метастазами других опухолей, паранеопластическими синдромами; пороками развития сердца или коронарных артерий; системными заболеваниями с развитием сужения коронарных артерий различного генеза, но не атеросклеротического характера; дис-

пропорцией между потребностью миокарда в кислороде и его поступлением (аортальный стеноз, аортальная недостаточность, тиреотоксикоз и т. д.); заболеваниями крови (эритремия, тромбоцитоз, синдромы гиперкоагуляции, ДВС-синдром); употреблением наркотиков (кокаина, вызывающего спазм коронарных артерий).

В частности, врожденную аневризму коронарной артерии сердца с разрывом (Q24.5) и развитием гемотампонады перикарда не следует относить к заболеваниям из группы ИБС. Также не имеют отношения к ИБС повреждения миокарда, развивающиеся при некоторых паранеопластических синдромах, особенно в терминальном периоде онкологического заболевания, что специально оговаривается в МКБ-10. В таких случаях ишемию миокарда, инфаркт миокарда, варианты кардиосклероза указывают в диагнозе в рубрике "Осложнения основного заболевания", или, когда это диктует логика построения диагноза, в составе проявлений основного заболевания.

Широко применяемой в кардиологической практике на протяжении последних десятилетий являлась классификация ИБС по МКБ-9, адаптированная ВКНЦ АМН СССР в 1983-1984 гг., но в настоящее время устаревшая и не соответствующая МКБ-10:

1. Стенокардия напряжения: 1.1. Стенокардия напряжения впервые возникшая. 1.2. Стенокардия напряжения стабильная (с указанием функционального класса). 1.3. Стенокардия напряжения прогрессирующая. 1.4. Стенокардия спонтанная.
2. Острая очаговая дистрофия миокарда.
3. Инфаркт миокарда: 3.1 Крупноочаговый (трансмуральный) инфаркт миокарда: первичный, повторный. 3.2. Мелкоочаговый инфаркт миокарда: первичный, повторный.
4. Постинфарктный очаговый кардиосклероз.
5. Нарушения сердечного ритма (с указанием формы).
6. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии).
7. Безболевая форма ИБС.
8. Внезапная коронарная смерть.

В этой классификации рубрики 5 и 6 представляют собой синдромы, которые не могут фигурировать в диагнозе как нозологические формы (кроме некоторых врожденных нарушений ритма и проводимости), в то же время отсутствуют многие нозологические единицы группы ИБС, представленные, в частности, в МКБ-10.

Долгое время существует морфологическая (патолого-анатомическая) классификация ИБС, согласно которой выделяют:

1. Острые ИБС: острая (внезапная) коронарная смерть; острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда (ишемическая стадия инфаркта миокарда); виды (трансмуральный, крупноочаговый, мелкоочаговый) острого (первичного) и повторного инфарктов миокарда.

2. Хронические ИБС: атеросклеротический или диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз; хроническая аневризма сердца.

Следует также признать необходимость ее уточнения.

К группе хронических ИБС в настоящее время добавлена такая клинико-морфологическая форма, как ишемическая кардиомиопатия (в МКБ-10 код I25.5) — крайнее проявление длительной хронической ишемии миокарда с его диффузным пораже-

нием (тяжелого диффузного атеросклеротического кардиосклероза, сходного с дилатационной кардиомиопатией). Диагноз ишемической кардиомиопатии устанавливается при выраженной дилатации полости левого желудочка с нарушением систолической функции (фракция выброса 35% и ниже) и отсутствии в анамнезе инфаркта миокарда, стенокардии и других форм острой ИБС.

В зарубежной литературе термины "атеросклеротический кардиосклероз" и "диффузный мелкоочаговый кардиосклероз" заменены на аналогичные по существу понятия: "диффузная или мелкоочаговая атрофия кардиомиоцитов с интерстициальным фиброзом миокарда" и "атеросклеротическая болезнь сердца". Последний термин включен в МКБ-10 (код I25.1).

В последние годы получил распространение новый групповой термин — "острый коронарный синдром", предложенный в 1985 г. Fuster и соавт. Острый коронарный синдром включает в себя клинические формы ИБС, обусловленные тромбозом или быстро развившейся атеросклеротической окклюзией коронарной артерии (результат повреждения нестабильной, "легко ранимой" атеросклеротической бляшки коронарной артерии), вплоть до возникновения очага некроза миокарда.

К острому коронарному синдрому относят нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда без зубца Q (NON-Q-myocardial infarction), выделяя 2 клинических варианта синдрома: 1) острый коронарный синдром с подъемом сегмента *ST* (наличие боли или дискомфорта в грудной клетке со стойкими подъемами сегмента *ST* или впервые возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ; стойкие подъемы сегмента *ST* на ЭКГ отражают развитие окклюзии коронарной артерии и острого инфаркта миокарда); 2) острый коронарный синдром без подъема сегмента *ST* (наличие боли в грудной клетке в сочетании с изменениями ЭКГ, свидетельствующими об острой ишемии миокарда, — депрессия сегмента *ST*, инверсия, сглаженность, псевдонормализация зубца *T*, но без подъема сегмента *ST*).

Являясь групповым понятием, термин "острый коронарный синдром" не может фигурировать в диагнозе без его расшифровки в виде конкретной нозологической формы из группы ИБС и отсутствует в МКБ-10. При этом термины "острый коронарный синдром без подъемов сегмента *ST*" и "нестабильная стенокардия/инфаркт миокарда без подъемов сегмента *ST*" являются синонимами.

Такие термины, как "предынфарктное состояние" и "острая коронарная недостаточность" в патолого-анатомическом диагнозе не используются (в диагнозе может в исключительных случаях фигурировать диагноз "острая коронарная смерть", код I24.8).

В МКБ-10 предусмотрена рубрика "внезапная сердечная смерть" (код I46.1). Внезапная сердечная смерть — это групповое понятие. Спектр патологии, ее обуславливающей, весьма широк (нозологические единицы из групп ИБС, кардиомиопатий, миокардитов, пороков развития сердца и сосудов, синдромы Вольфа—Паркинсона—Уайта, Бругада, удлинения интервала Q—*T* и др.). Самой частой разновидностью внезапной сердечной смерти является внезапная (или острая) коронарная смерть (недостаточность), шифруемая кодом I24.8. Тер-

мин "внезапная сердечная смерть" допускается использовать в патолого-анатомическом диагнозе только в крайне редких случаях, когда характер патологического процесса (заболевания) и соответствующего морфологического субстрата, лежащего в основе поражения сердца, не удается установить, а также при стопроцентном исключении насильственного характера смерти.

В настоящее время исключен из употребления термин "очаговая дистрофия миокарда" ("острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда"), предложенный А. Л. Мясниковым (1965). Данный вариант по сути — морфологический субстрат части острого коронарного синдрома (видов нестабильной стенокардии и ишемической стадии инфаркта миокарда), предполагает наличие затянувшегося приступа стенокардии при отсутствии повышения активности кардиоспецифических ферментов в сочетании с изменениями зубца *T* и сегмента *ST* на ЭКГ, сохраняющихся в течение нескольких суток. Дифференциальный диагноз с мелкоочаговым инфарктом миокарда в этих случаях представляется весьма затруднительным, однако в пользу последнего клинически может указывать повышение высокочувствительных и высокоспецифичных маркеров повреждения миокарда (например, тропониновый тест), а морфологически — положительные результаты проб на ишемию миокарда или специальных гистохимических и других исследований при отсутствии признаков развившегося некроза миокарда. В МКБ-10 термины "очаговая дистрофия миокарда" или "острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда" отсутствуют. В патолого-анатомическом диагнозе следует вместо этих терминов указывать инфаркт миокарда (как его ишемическую стадию).

В морфологической классификации отсутствует стенокардия — группа выделяемых клинически нозологических единиц, включенных в МКБ-10 (I20.0—I20.9). Ее морфологическим субстратом могут быть разнообразными острые и хронические изменения миокарда с атеросклерозом коронарных артерий: диффузный мелкоочаговый или крупноочаговый кардиосклероз, а иногда и мелкоочаговый инфаркт миокарда. Выявление морфологического субстрата стенокардии, обусловленной спазмом коронарных артерий, — сложная задача, решаемая только клинико-морфологически. Термины "постинфарктный кардиосклероз", "крупноочаговый кардиосклероз" и "перенесенный в прошлом инфаркт миокарда" являются синонимами (код I25.2). Диагноз "хроническая аневризма сердца" (в МКБ-10 — "аневризма сердца," код I25.3) не требует дополнительного указания на наличие постинфарктного кардиосклероза, если он ограничен пределами стенок аневризмы.

К видам стенокардии, входящим в группу ИБС, не относят клинические сходные синдромы, возникающие не при атеросклеротическом поражении коронарных артерий, а при кардиомиопатиях, пороках клапанов сердца и коронарных артерий, васкулитах и системных заболеваниях, эндокардитах, заболеваниях крови (анемии, лейкозы) и т. д. Своего рода исключением является синдром Х (другие формы стенокардии, код I20.8). Этот диагноз ставят в том случае, если при наличии приступов стенокардии не выявляется поражение коронарных артерий (ангиографически и т. д.), отсутствуют

признаки вазоспазма, а также исключены другие причины синдрома стенокардии, не входящего в группу ИБС.

Безболевая ишемия миокарда (бессимптомная ишемия, код I25.6) диагностируется у больного при выявлении на ЭКГ (суточное мониторирование, пробы с физической нагрузкой) эпизодов ишемии миокарда, но при отсутствии приступов стенокардии.

"Оглушенный" (stunned) миокард — дисфункции левого желудочка сердца после эпизодов острой ишемии без некрозов миокарда (в том числе после реваскуляризации миокарда). "Гибернирующий", "уснувший" (hibernating) миокард — результат длительного снижения коронарной перфузии при сохранении жизнеспособности миокарда (но с выраженной его дисфункцией). В диагнозе термины "оглушенный" (stunned) и "гибернирующий", "уснувший" (hibernating) миокард не используются, к ним нет кодов МКБ-10.

Таким образом, особенности клинической и морфологической классификаций ишемических поражений миокарда из группы ИБС, а также МКБ-10 диктуют ряд требований к формулировке патолого-анатомических диагнозов. В патолого-анатомическом диагнозе, помимо указания на морфологический субстрат стенокардии или безболевого формы ишемии миокарда, нецелесообразно, особенно в специализированных стационарах, дополнить диагноз (до или после слов: "по клиническим данным" или "по данным истории болезни") уточнением клинической формы ишемии миокарда. Кроме того, патолого-анатомический диагноз должен быть развернутым и содержать полную характеристику, в частности, инфаркта миокарда, кардиосклероза и т. д. Также должны быть указаны оперативные вмешательства с их датами, такие, как стентирование коронарных артерий, их шунтирование и др. Для класса IX, как и для ряда других классов заболеваний, несовпадение кодов заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов не является признаком расхождения диагнозов, что важно учитывать при их сопоставлении (сличении) с помощью компьютерных средств.

Инфаркт миокарда в МКБ-10 представлен несколькими блоками кодов в зависимости от его характеристик. В соответствии с определениями, данными в МКБ-10, острым считается инфаркт миокарда давностью 28 сут и менее (коды рубрики I21). При сроке острого инфаркта миокарда более 28 сут вплоть до формирования постинфарктного кардиосклероза применяется код I25.8 уже из группы хронической ИБС ("любое состояние, указанное в рубриках I21—I22 и I24, обозначенное как хроническое или установленной продолжительностью более 4 нед, т. е. более 28 дней от начала"). Рецидивирующим следует называть инфаркт миокарда при повторении ишемического приступа более чем через 3 сут и менее чем через 28 сут после предыдущего. Термины "острый" и "первичный" могут употребляться как синонимы, причем формулировка "острый инфаркт миокарда" неприменима к повторному инфаркту миокарда. Повторным инфаркт миокарда считается при его развитии через 28 сут после первичного. И рецидивирующий, и повторный инфаркты миокарда имеют общий код (I22), четвертый знак которого зависит от локали-

зации очага некроза. Термин "микроинфаркт" в диагнозе не применяется. Острый инфаркт миокарда без зубца Q (NON-Q-myocardial infarction), субэндокардиальный и мелкоочаговый инфаркты миокарда шифруются кодом I21.4.

На практике иногда возникает ситуация, когда клинически имелись убедительные признаки острого инфаркта миокарда (на ЭКГ, особенно при положительном тропониновом тесте и др.), и поэтому поставлен заключительный клинический диагноз острого инфаркта миокарда, а на вскрытии диагностируется лишь очаговая ишемическая дистрофия, а не некроз миокарда, несмотря на весь спектр использованных доступных морфологических методов. В таких случаях рекомендуется ставить патолого-анатомический диагноз инфаркта миокарда с соответствующим кодом.

Как сказано выше, как синоним инфаркта миокарда расценивается острый коронарный синдром со стойкими подъемами сегмента ST.

Современные классификации инфаркта миокарда включают его разнообразные признаки: от вида, локализации и размеров до ранних и поздних осложнений.

За редким исключением, различные нарушения легочного кровообращения с развитием синдромов острого или хронического легочного сердца являются проявлениями или осложнениями большого ряда нозологических единиц, поэтому не могут фигурировать в диагнозе в качестве основного заболевания и не шифруются по МКБ-10. В частности, тромбоэмболия легочной артерии независимо от ее тяжести и причин развития, роли в танатогенезе и т. д. всегда является осложнением основного заболевания (например, тромбофлебита или заболевания сердца с застойной сердечной недостаточностью). В соответствии с требованиями МКБ-10 возможны только два исключения: тромбоэмболия легочной артерии становится основным заболеванием (его эквивалентом), представляя собой вид акушерской эмболии или будучи ятрогенным патологическим процессом.

Недостаточность кровообращения, застойная сердечная недостаточность или синдром хронической сердечной недостаточности являются осложнением многих нозологических единиц. Морфологическим субстратом острой или хронической сердечной недостаточности (сердечно-сосудистой недостаточности) является острое или хроническое общее венозное полнокровие. При хроническом общем венозном полнокровии со временем развиваются цианотическая индурация легких, мускатная печень (вплоть до формирования застойного или мускатного фиброза или цирроза печени), цианотическая индурация селезенки и почек. Понятия "сердечная недостаточность" и "недостаточность кровообращения" идентичны.

Из класса IX исключены кардиомиопатии, осложняющие беременность (O99.4), послеродовой период (O90.3), а из блока кодов кардиомиопатии (I42—I43) — ишемическая кардиомиопатия с кодом I25.5. Как и в других классификациях, в МКБ-10 кардиомиопатии разделены на первичные (идиопатические — блок кодов I42, кроме кодов I42.6, I42.7) и вторичные (I42.6, I42.7, I43*). Дополнительными вторыми кодами (со знаком *) рекомендуется шифровать кардиомиопатии при инфекционных и паразитарных заболеваниях (дифтерийная

— А36.8 I43.0*), метаболических нарушениях, например, амилоидозе сердца (E85.0 I43.1*), расстройствах питания (E63.9 I43.2*), других болезнях, классифицированных в других рубриках (при подагре, тиреотоксикозе — I43.8*).

Требования МКБ-10 к формулировке и кодированию нозологических единиц из группы цереброваскулярных болезней близки к предъявляемым для ИБС. Нозологические единицы из группы цереброваскулярных болезней исключают, если выявленные повреждения головного мозга и их исходы обусловлены васкулитами различной этиологии, тромбоэмболическими осложнениями других заболеваний (например, инфекционного или ревматического эндокардитов, кроме атеротромботического инсульта, когда источник эмболов — атеросклеротически измененные прецеребральные или церебральные артерии), травмой, опухолью или метастазами опухолей, системными заболеваниями и др. Однако в группу цереброваскулярных заболеваний включены кровоизлияния и инфаркты головного мозга, развившиеся вследствие разрывов аневризм или мальформаций сосудов головного мозга, если поражение сосудов не было обусловлено васкулитами, в частности микотической природы.

Термин "инсульт" не может фигурировать как в клиническом, так и патолого-анатомическом диагнозах, так как требуется указать конкретную нозологическую единицу: ишемический инфаркт, кровоизлияние в ткань или оболочки головного мозга (причем с их детальной характеристикой). Даже термин "ишемический инсульт" не строго соответствует термину "ишемический инфаркт головного мозга", так как при локализации последнего в "молчаливой зоне" головного мозга он может быть асимптомным и не сопровождаться клиническими проявлениями ("скрытый" инфаркт). Термин "геморрагический инсульт" создает неясность: имеется в виду кровоизлияние в головной мозг или его оболочки (гематома) или геморрагическое пропитывание участка ишемического инфаркта головного мозга (геморрагический инфаркт).

По патогенезу выделяют следующие виды ишемических инфарктов головного мозга: атеротромботический, кардиоэмболический (эмболический),

гемодинамический, лакунарный, ишемический инфаркт по типу микроокклюзии (гемореологическая микроокклюзия), криптогенный и ряд других редких вариантов.

Термин "гипертоническая энцефалопатия" и код I67.4 следует применять только для острых состояний, при резком подъеме артериального давления (острая гипертонивная энцефалопатия). Для хронической гипертонической энцефалопатии используются коды I67.3, I67.8 (виды дисциркуляторных (сосудистых) — хронических гипертонивных, атеросклеротических энцефалопатии). При развитии дисциркуляторной (сосудистой, атеросклеротической) деменции МКБ-10 рекомендует использовать коды не из класса IX, а из класса V (Психические расстройства и расстройства поведения) — F01.0—F01.9, а при диагностике вторичного (атеросклеротического) синдрома Паркинсона — из класса VI (Болезни нервной системы) — G21. Для дисциркуляторной, в том числе гипертонической, энцефалопатии, сосудистой деменции указывают их вариант (вид), стадию (степень тяжести), неврологические синдромы и симптомы и т. д. Термин "церебральный атеросклероз" можно применять только как дополнительный, уточняющий этиологию и патогенез дисциркуляторной энцефалопатии, вторичного синдрома Паркинсона, дисциркуляторной деменции, а его код (I67.2) — только как второй при двойном кодировании, причем исключительно при отсутствии данных о ранее перенесенных инсультах.

Архивы Патологии. 2008; 1: 17-23.