

**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 II. НОВООБРАЗОВАНИЯ**

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*<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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 № 91500.01.0005-2001<sup>1</sup>:

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<sup>2,3</sup>.

В российском здравоохранении принята общая структура диагноза, включающая следующие составные части, или рубрики<sup>2</sup>:

---

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

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

<sup>3</sup>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;

**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 рубриками<sup>1</sup>:*

**1. Основное заболевание.**

**2. Осложнения основного заболевания.**

**3. Сопутствующие заболевания.**

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

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

---

<sup>1</sup>Приказ 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)<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup>Рубрики 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 рубриками<sup>1</sup>:

**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.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Не допускается:*

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

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

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

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

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



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

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

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

### Пример 3

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

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

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

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

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

### Пример 4

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

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

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

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

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

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

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

в) —.

г) —.

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

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

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

Пример 5

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

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

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

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

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

МКБ-10 для специальных разработок (*но не при оформлении диагноза и МСС*) допускает двойное кодирование некоторых состояний, в частности, с использованием знаков крестик (†) и звездочка (\*). В диагнозах и МСС использование подрубрик (кодов) со звездочкой (\*) как самостоятельных категорически запрещается<sup>1</sup>.

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 отравления<sup>1</sup>.

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 требованиями<sup>1</sup>: в каждом подпункте (строке) **части I пункта 19** указывается только одна причина смерти, при этом, в зависимости от конкретного летального исхода могут быть заполнены:

---

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

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

#### Пример 6

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

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

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

#### Медицинское свидетельство о смерти

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

б) —.

в) —.

г) —.

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

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

#### Пример 7

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

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

*Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

#### Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

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

### Пример 8

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

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

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

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

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

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

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

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

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

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

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

Не рекомендуется включать в МСС в качестве непосредственной причины смерти (смертельного осложнения) симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти (танатогенеза), например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Письма 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 ограничено<sup>1</sup>.

*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 МСС<sup>1</sup>.*

*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»<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup>Письма 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*<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup>Письма 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 II. НОВООБРАЗОВАНИЯ

*Онкологические заболевания не имеют искусственного приоритета при формулировке диагноза.* Новообразования могут быть основным (первоначальной причиной смерти), коморбидным (конкурирующим, сочетанным, фоновым) или сопутствующим заболеваниями. В случае летального исхода новообразование становится основным заболеванием, если доказано, что оно явилось причиной развития смертельного осложнения (непосредственной причины смерти) или смерть наступила в результате осложнений методов его лечения, причем проведенного правильно и по показаниям (в других ситуациях вступают в силу правила формулировки диагноза при ятрогенной патологии, развившейся вследствие дефектов оказания медицинской помощи).

*Если онкологическое заболевание излечено (и это документировано на вскрытии), оно не может фигурировать в любой рубрике диагноза.*

В МКБ-10-2019 представлены следующие примечания ([www.mkb-10.com](http://www.mkb-10.com)):

- «Рубрики C76-C80 включают злокачественные новообразования с неточно обозначенной первичной локализацией или те, которые определены как "диссеминированные", "рассеянные" или "распространенные" без указаний на первичную локализацию. В обоих случаях первичная локализация рассматривается как неизвестная.

- Функциональная активность. К классу II отнесены как новообразования независимо от наличия или отсутствия у них функциональной активности. Если необходимо уточнить функциональную активность, ассоциирующуюся с тем или иным новообразованием, можно использовать добавочный код из класса IV. Например, катехоламинпродуцирующая злокачественная феохромоцитома надпочечников кодируется рубрикой C74 с добавочным кодом E27.5; базофильная аденома гипофиза с синдромом Иценко-Кушинга

кодируется рубрикой D35.2 с добавочным кодом E24.0 (однако в РФ при кодировании записей в диагнозе и оформлении МСС вторые коды не используются).

- Морфология. Имеется ряд больших морфологических (гистологических) групп злокачественных новообразований: карциномы, включая плоскоклеточные и аденокарциномы; саркомы; другие опухоли мягких тканей, включая мезотелиомы; лимфомы (Ходжкина и неходжкинские); лейкоз; другие уточненные и специфические по локализации типы; неуточненные раки (опухоли).

- В классе II новообразования классифицируются преимущественно по локализации внутри широких группировок, составленных на основе характера течения. В исключительных случаях морфология указывается в названиях рубрик и подрубрик. Для желающих идентифицировать гистологический тип новообразования приведен общий перечень отдельных морфологических кодов. Морфологические коды в МКБ-10-2019 взяты из второго издания Международной классификации болезней в онкологии (МКБ-О).

- Использование подрубрик в классе II. Необходимо обратить внимание на особое использование в этом классе подрубрики со знаком .8 (см. примечание 5). Там, где необходимо выделить подрубрику для группы "другие", обычно используют, подрубрику .7. Злокачественные новообразования, выходящие за пределы одной локализации, и использование подрубрики с четвертым знаком .8 (поражение, выходящее за пределы одной и более указанных локализаций)

- Рубрики C00-C75 классифицируют первичные злокачественные новообразования в соответствии с местом их возникновения. Многие трехзначные рубрики далее подразделяются на подрубрики в соответствии с различными частями рассматриваемых органов. Новообразование, которое захватывает две или более смежные локализации внутри трехзначной

рубрики и место возникновения которого не может быть определено, следует классифицировать подрубрикой с четвертым знаком .8 (поражение, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций), если такая комбинация специально не индексируется в других рубриках. Например, карцинома пищевода и желудка обозначается кодом С16.0 (кардия), в то время как карциному кончика и нижней поверхности языка необходимо кодировать подрубрикой С02.8. С другой стороны, карциному кончика языка с вовлечением нижней его поверхности следует кодировать в подрубрике С02.1, так как место возникновения (в данном случае кончик языка) известно.

- Понятие "поражение, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций" подразумевает, что вовлеченные области являются смежными (одна продолжает другую). Последовательность нумерации подрубрик часто (но не всегда) соответствует анатомическому соседству локализаций (например, мочевого пузыря С67.—). Иногда новообразование выходит за пределы локализаций, обозначенных трехзначными рубриками внутри одной системы органов. Для кодирования таких случаев предназначены следующие подрубрики:

- С02.8 Поражение языка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С08.8 Поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С14.8 Поражение губ, полости рта и глотки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С21.8 Поражение прямой кишки, заднего прохода [ануса] и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С24.8 Поражение желчных путей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

- C26.8 Поражение органов пищеварения, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C39.8 Поражение органов дыхания и внутригрудных органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C41.8 Поражение костей и суставных хрящей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C49.8 Поражение соединительной и мягких тканей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C57.8 Поражение женских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C63.8 Поражение мужских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C68.8 Поражение мочевых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C72.8 Поражение головного мозга и других отделов центральной нервной системы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций.

- Злокачественные новообразования эктопической ткани. Злокачественные новообразования эктопической ткани следует кодировать в соответствии с упомянутой локализацией. Например, эктопия поджелудочной железы злокачественным новообразованием яичников кодируются как образование яичника (C56).

- Использование Алфавитного указателя при кодировании новообразований. При кодировании новообразований в дополнение к их локализации следует учитывать морфологию и характер течения заболевания и прежде всего необходимо обратиться к Алфавитному указателю для морфологического описания».

Таким образом, коды МКБ-10 для метастатических и неуточненных новообразований (С76.- «Злокачественные новообразования неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций», С77.- «Вторичное и неуточненное злокачественное новообразование лимфатических узлов», С78.- «Вторичное злокачественное новообразование органов дыхания и пищеварения» и С79.- «Вторичное злокачественное новообразование других локализаций») не используются для статистических разработок заболеваемости и смертности. Если первичная опухоль осталась не найденной, в т.ч. на вскрытии, кодируется «злокачественное новообразование без уточнения локализации» (С80.X). Не следует использовать этот код для шифровки «раковой» интоксикации или кахексии.

При первично-множественных злокачественных новообразованиях (синхронных или метакронных двух и более опухолей), не входящих в группу новообразований лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, используют код С97.X «Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций».

Распространенной ошибкой при формулировке диагноза является указание в рубрике «Основное заболевание» одной злокачественной опухоли, а в рубрике «Сопутствующие заболевания» — другой злокачественной опухоли и хирургической операции, произведенной ранее по ее поводу. В таких случаях следует использовать понятие метакронное первично-множественное злокачественное новообразование и представлять его основным заболеванием. *Также недопустимо использовать этот код (С97.X) для шифровки метастазов злокачественной опухоли.*

Опухоли лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей могут, в определенных пределах, трансформироваться друг в друга. Поэтому, например, при развитии острого лимфолейкоза у больного неходжкинской лимфомой (коды С85.-) последняя остается основным заболеванием, а острый лимфолейкоз (С91.-) – ее проявлением, стадией прогрессии опухоли.

При травмах, отравлениях или других воздействиях внешних причин, которые явились причиной смерти у онкологических больных, именно они указываются как первоначальная причина смерти.

В случае смерти беременной, роженицы, родильницы от имевшегося или возникшего злокачественного новообразования для его кодирования используют коды класса XV (Беременность, роды, послеродовый период), например, O99.8 «Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, роды и послеродовый период». Однако это правило не распространяется на те наблюдения, когда опухоль имела в анамнезе, а смерть последовала от патологии беременности, акушерских осложнений или ятрогенных патологических процессов (см. методические рекомендации по правилам формулировки патологоанатомического диагноза, класс XV «Беременность, роды и послеродовый период»).

При онкологических заболеваниях важно дифференцировать поражения органов кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д., развившиеся в результате паранеопластических синдромов и в терминальном периоде заболевания (нарушения свертываемости крови, иммунопатологические процессы и др.), и самостоятельные болезни этих органов, совпавшие с ними по времени (нозологические единицы из групп ИБС, ЦВБ и др.).

К паранеопластическим синдромам относят.

- Гиперкальцемию из-за остеолиза, вызванного метастатическим, реже первичным поражением костей, например при миеломе, и выработкой какой-либо некостной опухолью гуморальных субстанций, приводящих к поступлению кальция в кровь (например, паратгормона при раке лёгкого).
- Эндокринопатии. Встречается синдром Иценко–Кушинга (при опухолях передней доли гипофиза, раке лёгкого, толстой кишки, эндометрия), гиперкальцемию и остеопороз при опухолях параситовидных желёз, раке лёгкого. Гиперпродукция гастрина при

некоторых опухолях поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки (гастриномах) приводит к развитию синдрома Золлингера–Эллисона (гипертрофия и множественные эрозии и язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с развитием желудочно-кишечных кровотечений).

- Иммунопатологические процессы с иммунокомплекс-ными, антительными и цитотоксическими механизмами развития, приводящие к развитию васкулитов, нейропатий, миопатий и дерматопатий (дерматомиозит).
- Иногда к паранеопластическим синдромам относят анемию, гиперкоагуляционный синдром, кахексию («раковую»), лихорадку. Если их учитывать, то паранеопластические синдромы встречаются более чем у половины больных со злокачественными опухолями.

В МКБ-10 приводится перечень острых и терминальных болезней, синдромов и патологических состояний системы кровообращения, которые могут быть следствием (осложнением, в том числе, смертельным, т.е., непосредственной причиной смерти) злокачественных новообразований:

- I21—I22 — Инфаркт миокарда
- I24 — Другие острые ишемические болезни сердца
- I26 — Легочная эмболия
- I30 — Острый перикардит
- I33 — Острый и подострый эндокардит
- I40 — Острый миокардит
- I44 — Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка Гиса (предсердно-желудочкового)
- I45 — Другие нарушения проводимости
- I46 — Остановка сердца
- I47 — Пароксизмальная тахикардия
- I48 — Фибрилляция и трепетание предсердий

- I49 — Другие нарушения сердечного ритма
- I50 — Сердечная недостаточность
- I51.8 — Другие неточно обозначенные болезни сердца
- I60—I69 — Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подразбикам I67.0—I67.5, I67.9 и рубрике I69.

Например, ИМ при гиперкоагуляционном синдроме с тромбозом коронарной артерии следует указать как непосредственную причину смерти (смертельное осложнение) в рубрике «Осложнения основного заболевания» для новообразования. Но ИМ типа 1 — как нозологическую единицу из группы ИБС и первоначальную причину смерти онкологического больного нужно квалифицировать как «основное заболевание».

За исключением ВИЧ-инфекции, никакие инфекционные и паразитарные заболевания не могут быть указаны как вызвавшие новообразования. Как прямое следствие ВИЧ-инфекции расценивают т.н. ВИЧ-ассоциированные онкологические заболевания (см. методические рекомендации по правилам формулировки патологоанатомического диагноза, класс I «Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания»).

Осложнения разных методов лечения новообразований могут быть смертельными и становиться непосредственными причинами смерти. Как и при других ятрогенных осложнениях, при отсутствии дефектов оказания медицинской помощи при проведении лечения онкологического заболевания в полном соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами, они указываются в рубрике «Осложнения основного заболевания».

Недопустимыми являются такие неточные по существу и локализации новообразований формулировки, как «цирроз-рак печени», «рак гепато-дуоденальной зоны», «опухоль головного мозга», «опухоль почки», «рак крови» и т.д. Должна быть указана локализация опухоли в органах, таких, как парные органы, а также головной мозг, печень, желудок, кишечник и т.д. Не допускаются диагнозы без уточнения локализации



новообразования, такие, как «рак легкого», «рак желудка», «рак матки», «рак щитовидной железы», «глиобластома головного мозга» и др.

В диагнозе для тех опухолей, где это необходимо в соответствии с современными классификациями, требуется указать стадию злокачественного новообразования по действующему пересмотру международной системы TNM (в МСС указание стадии опухоли не предусмотрено).

Классификация злокачественных опухолей по системе TNM представляет собой наиболее точный, распространенный и обязательный для практического применения (в соответствии с требованиями ВОЗ) способ кодирования стадий онкологических заболеваний с учетом анатомического распространения опухоли. Другие классификации, в частности, ведущие свое начало от выделения 4-х стадий рака шейки матки в 1938 г. Лигой национальных организаций здравоохранения, менее информативны.

Только как дополнение, когда это необходимо, можно употреблять в диагнозах широко распространенное в отечественном здравоохранении выделение 4-х стадий рака разной локализации (I—IV стадии).

*Система TNM характеризует анатомическое распространение злокачественной опухоли по следующим показателям (рубрикам):*

- *T (Tumour)* — распространение первичного узла опухоли;
- *N (Node)* — отсутствие или наличие, а также степень поражения региональных лимфатических узлов;
- *M (Metastasis)* — отсутствие или наличие отдаленных (гематогенных) метастазов.

После каждой из букв указываются цифры или иные обозначения, характеризующие распространение конкретной злокачественной опухоли.

Выделяют клинический и патологоанатомический варианты системы TNM (TNM и pTNM). Начиная с 1997 г., в переизданиях классификации различия между ними сведены к минимуму.

Кодировка онкологических заболеваний по системе TNM разработана в настоящее время практически для всех злокачественных опухолей и периодически (после ее введения в 1967 г.), с очередными, принятыми ВОЗ уточнениями, публикуется в виде справочников и специальных атласов.

Для гистологической верификации опухоли или для уточнения ее топографии (используется в заключениях при исследовании биопсийного и операционного материала, но не в посмертных диагнозах и МСС) следует применять шифры действующей версии Международной классификации болезней в онкологии (МКБ-О). МКБ-О содержит пятизначные коды М (от 8000/0 до 9989/1). Первые четыре знака указывают на гистологический вариант опухоли, пятый, после косой черты (/) — обозначает ее «поведение»: /0 — доброкачественное, /1 — неясно, доброкачественное или злокачественное (опухоли пограничной или низкой злокачественности), /2 — рак in situ (внутриэпителиальный, неинфильтративный, неинвазивный), /3 — злокачественное, первичный очаг, /6 — злокачественное, метастатический очаг, /9 — злокачественное, неясно, первичный или метастатический очаг.

Ниже приведены примеры патологоанатомических диагнозов при онкологических заболеваниях (примеры 1 - 20).

#### Пример 1

*Основное заболевание:* **Рак десны нижней челюсти (C03.1)** (умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически) с прорастанием в прилежащие мягкие ткани. Метастазы рака в подчелюстные и шейные лимфатические узлы (T4N1M0)

*Осложнения основного заболевания:* **Раковая кахексия (R64.X)**. Бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Хронический болевой синдром (клинически)

*Сопутствующие заболевания:* Сахарный диабет 2-го типа (глюкоза крови - ..., клинически, дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Атеросклероз аорты (стадия, степень), артерий сердца и головного мозга (стадия, степень, % стеноза конкретных артерий).

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Кахексия (R64.X)

б) Злокачественное новообразование десны нижней челюсти (C03.1)

в) —.

г) —.

II. —.

## Пример 2

*Основное заболевание:* **Глиобластома (гистологически) лобной доли левого полушария головного мозга (C71.1)**. Выраженные вторичные изменения (очаги некроза и кровоизлияний) в опухоли

*Сочетанное заболевание:* **Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка (I63.3)** в стадии колликвации. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стадия, степень, % стеноза конкретной артерии, нестабильная атеросклеротическая бляшка с разрывом покрышки и красный тромб длиной 1 см в задней мозговой артерии)

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

*Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз ... (локализация, размеры). Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стадия, степень, стеноз до 50% конкретной артерии). Атеросклероз аорты (стадия, степень). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Камни желчного пузыря.

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Злокачественное новообразование головного мозга, лобной доли (C71.1)

в) —.

г) —.

II. Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий (I63.3)

## Пример 3

*Основное заболевание:* **Рак дна полости рта в области передней и левой боковой части (C04.8)** (умеренно дифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в шейные и подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон (T4N1M0)

*Осложнения основного заболевания:* Некроз метастаза в левый подчелюстной лимфатический узел с аррозией артерии. **Массивное аррозивное кровотечение (R58.X)**. Операция остановки кровотечения (дата). **Острая постгеморрагическая анемия (D62.X)** (данные клинических анализов). Острое общее малокровие внутренних органов

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Кровотечение, не классифицированное в других рубриках (R58.X).

в) Злокачественное новообразование дна полости рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C04.8).

г) —.

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

Операция остановки кровотечения из аррозированной опухоли артерии (дата).

## Пример 4

*Основное заболевание:* **Циркулярный рак поперечно-ободочной кишки в области печеночного угла (C18.3)** (T2N0M0) со стенозом просвета кишки (умереннодифференцированная аденокарцинома — гистологически). Операция лапаротомии, резекции поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса (дата) по поводу толстокишечной непроходимости

*Сочетанное заболевание:* **Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз задней стенки левого желудочка (I25.8)** (размеры). Атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%)

*Фоновое заболевание:* **Гипертоническая болезнь (I11.0):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см), артериолосклеротический нефросклероз

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

в) Злокачественное новообразование ободочной кишки, печеночного изгиба (C18.3).

г) —.

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

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 поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости (дата)

## Пример 5

*Основное заболевание:* **Острый повторный трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (I21.0)** (давностью около 1 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50%, нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб, длиной 3 см левой нисходящей артерии)

*Фоновое заболевание:* **Сахарный диабет 2-го типа (E11.7)** (биохимии крови — ..., дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия, ретинопатия, нейропатия (клинически). Диабетический гломерулосклероз

*Конкурирующее заболевание:* **Циркулярный рак поперечно-ободочной кишки в области печеночного угла (C18.3)** (T2N0M0) со стенозом просвета кишки (умереннодифференцированная аденокарцинома — гистологически). Операция лапаротомии, резекции поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса (дата) по поводу толстокишечной непроходимости

*Осложнения основного заболевания:* **Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Печеночно-почечная недостаточность. Выраженный отек легких

*Сопутствующие заболевания:* Хронический обструктивный слизистый бронхит, стадия ремиссии. Диффузный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передневерхушечный (I21.0).

в) —.

г) —.

II. Злокачественное новообразование ободочной кишки, печеночного изгиба (C18.3).

Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

Операция лапаротомии, резекции поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости (дата)

### Пример 6

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

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

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

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Кахексия (R64.X)

б) Злокачественное новообразование яичника (C56.X).

в) -

г) -

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

Операция экстирпации матки с придатками (дата).

### Пример 7

*Основное заболевание:* **Блюдцеобразный рак желудка в области средней трети малой кривизны (C16.2)** (высокодифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в перигастральные, парааортальные лимфатические узлы, в печень (T4N1M1)

*Осложнения основного заболевания:* Кахексия, бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. **Двусторонняя очаговая пневмония в VI—X сегментах легких (J18.0)**.

*Сопутствующие заболевания:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 460 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), Атероартериолосклеротический нефросклероз. Атеросклероз артерий сердца, головного мозга (стадия, степень, стеноз до 25%). Атеросклероз аорты (стадия, степень).

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Злокачественное новообразование тела желудка (C16.2).

в) —.

г) —.

II. —.

### Пример 8

*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 (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. —.

### Пример 9

*Основное заболевание:* **Узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого (C34.1)** с массивным распадом опухоли (... — гистологически). Множественные метастазы рака в ... лимфатические узлы, в кости (...), печень, ... (T4N1M1)

*Фоновое заболевание:* **ХОБЛ в стадии обострения в виде очаговой бронхопневмонии (J44.0)** в ... сегментах обоих легкого (этиология). Вторичная легочная гипертензия, атеросклероз легочных артерий, легочное сердце (масса сердца - ... г, толщина стенки правого желудочка - ... см., желудочковый индекс - ...)

*Осложнения основного заболевания:* **Острая легочно-сердечная недостаточность (I27.8).** Множественные очаги некроза миокарда в области верхушки сердца и задней стенки левого желудочка. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких. Отек головного мозга

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Злокачественное новообразование бронхов и легкого, верхней доли (C34.1).

в) —.

г) —.

II. ХОБЛ в стадии обострения с бронхопневмонией (J44.0).

### Пример 10

*Основное заболевание:* **Блюдцеобразный рак прямой кишки (C20.X).** (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в тазовые, парааортальные лимфатические узлы, в печень, оба надпочечника, в теменную долю левого полушария головного мозга, в мягкие мозговые оболочки основания головного мозга со сдавлением левой средней мозговой артерии и ее ветвей (T4N1M1)

*Осложнения основного заболевания:* **Ишемический инфаркт головного мозга в области подкорковых ядер и белого вещества теменной и височной долей левого полушария (I63.8).** Выраженный отек головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Крупно-мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии (степень активности, фаза, стадия по системе Чайлда—Пью). Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии умеренно выраженного обострения. ХПН I стадии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другой инфаркт мозга (I63.8).

б) Злокачественное новообразование прямой кишки (C20.X).

в) —.

г) —.

II. —.

### Пример 11

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

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) Злокачественное новообразование молочной железы, нижненаружного квадранта (C50.5).

г) —.

II. Острый тубулоинтерстициальный нефрит (N10.X)

Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

### Пример 12

*Основное заболевание:* **Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит (K80.0)**. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости по поводу острого перфоративного холецистита и разлитого гнойного перитонита (дата)

*Сочетанное заболевания:* **Разветвленный рак правого среднедолевого бронха (C34.2)** с прорастанием в плевру и переднее средостение. Метастазы рака в правые бронхопюльмональные и паратрахеальные лимфатические узлы (T4N1M0)

*Осложнения основного заболевания:* **Печеночно-почечная недостаточность (K72.0)** (биохимия крови — ... , дата). Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

II Злокачественное новообразование бронхов и легкого, средней доли (C34.2).

Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости по поводу острого перфоративного холецистита и разлитого гнойного перитонита (дата)

### Пример 13

*Основное заболевание:* **Рак правой почки (C64.X)** (почечноклеточный светлоклеточный рак – гистологически) в области верхнего полюса с прорастанием в паранефральную клетчатку. Метастазы рака в парааортальные лимфатические узлы (T4N1M0)

*Осложнения основного заболевания:* Паранеопластический гиперкоагуляционный синдром (клинически). Красный обтурирующий тромб передней межжелудочковой коронарной артерии. **Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (I21.0).**

**Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* ИВЛ (число часов или суток), операция трахеостомии (дата).

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

в) Злокачественное новообразование почки (C64.X).

г) —.

II. —.

### Пример 14

*Основное заболевание:* **Массивный двусторонний лучевой фиброз легких (J70.1)** в результате послеоперационной лучевой терапии (число курсов, дозы, дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха

*Фоновое заболевание:* **Узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (C34.3)** (мелкоклеточный рак — гистологически, T3N0M0). Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата)

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиацией (J70.1).

в) —.

г) —.

II. Злокачественное новообразование бронхов и легкого, нижней доли (C34.3).

Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата)

### Пример 15

*Основное заболевание:* **Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней и средней долей правого легкого, фаза прогрессирования, МБТ+ (бактериологически) (A15.2).**



*Конкурирующее заболевание:* **Узловато-разветвленный рак правого среднедолевого бронха (С34.2)** (умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически) с прорастанием в корень легкого. Метастазы рака в правые бронхоплевральные и паратрахеальные лимфатические узлы (Т4N1M0)

*Фоновое заболевание:* **Хронический алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями (F10.2):** алкогольный мелкоузловой мононодулярный цирроз печени, неактивный (гистологически), алкогольные энцефалопатия и полинейропатия, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии

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

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (стадия, степень).

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

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

в) —.

г) —.

II. Злокачественное новообразование бронхов и легкого, средней доли (С34.2).

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

#### Пример 16

*Основное заболевание:* **Узловой мультицентрический рак печени (гепатоцеллюлярный рак — гистологически) (С22.0)** с поражением правой и левой долей (Т3N0M0)

*Фоновое заболевание:* **Макро-микронодулярный цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита В (В18.1)**, умеренной степени активности (вирус гепатита В — метод и дата вирусологического исследования), стадия по системе критериев Чайлда-Пью

*Осложнения основного заболевания:* Синдром портальной гипертензии: ... . **Печеночно-почечная недостаточность (K72.0):** ... . Паренхиматозная желтуха (биохимия крови — ..., дата)

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Печеночноклеточный рак (С22.0).

в) —.

г) —.

II. Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента (В18.1).

#### Пример 17

*Основное заболевание:* **Рак (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически) с неустановленной первичной локализацией опухоли (С80.X).** Метастазы рака в парааортальные, медиастинальные лимфатические узлы, в оба легких, печень, надпочечники, почки, тела грудных позвонков, ребра ...

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Кахексия (R64.X).

б) Злокачественное новообразование без уточненной локализации (С80.X).

- в) —.
- г) —.
- II. —.

### Пример 18

*Основное заболевание:* **Первично-множественный метакронный рак (C97.X):**

1. Блюдцеобразный рак желудка в области тела (умеренно дифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы (T3N1M0).

2. Рак правой доли щитовидной железы (папиллярный рак — гистологически) с прорастанием в окружающие мягкие ткани. Метастазы рака в левую долю щитовидной железы, правые и левые шейные лимфатические узлы (T4N1M0). Операция .... (вид, дата)

*Осложнения основного заболевания:* **Двусторонняя очаговая пневмония в V—X сегментах (J18.0). Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0).** Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких. Отек головного мозга

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Бронхопневмония неуточненная (J18.0).

в) Злокачественное новообразование самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97.X).

г) —.

II. Операция .... (вид, дата)

### Пример 19

*Основное заболевание:* **Феохромоцитома (C74.1)** ... Артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см)

*Осложнения основного заболевания:* **Внутричерепное кровоизлияние (I61.0) .... Отек головного мозга с дислокацией ствола (G93.5)**

*Медицинское свидетельство о смерти*

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

б) Внутричерепное кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.1)

в) Злокачественное новообразование мозгового слоя надпочечника (C74.1).

г) —.

II. —.

### Пример 20

*Основное заболевание:* **Феохромоцитома (C74.1)** ... Артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,4 см)

*Осложнения основного заболевания:* **Острый инфаркт миокарда II типа в области передней стенки левого желудочка (I21.0)** (размеры, давность). **Острая сердечная недостаточность (I50.1) ....**

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

в) Злокачественное новообразование мозгового слоя надпочечника (C74.1).

г) —.

II. —.

## Литература

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

- патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007.
17. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970;23(7):455–468.
  18. Сосудистые заболевания головного мозга: Руководство для врачей / Под ред. Е.И. Гусева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 688с.
  19. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ, 1977. 68с.
  20. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского. Российское общество патологоанатомов. М.: «Практическая медицина», 2016. 96с.
  21. Цинзерлинг А.В.. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза. СПб: Сотис, 1993. 363с.
  22. Цинзерлинг В.А. Пневмонии и другие респираторные инфекции у взрослых. В кн. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Рук. для врачей. Под ред. В.В.Ерохина, Л.К.Романова. М.: Медицина. 2000. – с. 329-350.
  23. Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 672с.
  24. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. (January 1993). "Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment" (PDF). *Stroke*. 24 (1): 35-41. doi: 10.1161/01.STR.24.1.35. PMID 7678184 .
  25. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version 2019. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2019/en>.
  26. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Instruction manual. 5th ed. WHO 2016; 252 p. [http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_en\\_2016.pdf](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf).