

**ПРОФИЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

**ФГБОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

МИНЗДРАВА РОССИИ

**ФГБОУ ВО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И.ЕВДОКИМОВА»**

МИНЗДРАВА РОССИИ

**ФГБОУ ВО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.В.ЛОМОНОСОВА»**

**ФГБНУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**ФОРМУЛИРОВКА
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.
ОБЩИЕ ПРАВИЛА**

Клинические рекомендации

RPS4.0

Составители:

Франк Г.А., академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, главный внештатный патологоанатом Минздрава России, Первый Вице-президент Российского общества патологоанатомов;

Зайратьянц О.В., заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, Вице-президент Российского и Председатель Московского обществ патологоанатомов;

Мальков П.Г., д.м.н., профессор, руководитель курса патологической анатомии кафедры физиологии и общей патологии факультета фундаментальной медицины и заведующий отделом клинической патологии медицинского центра ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова;

Кактурский Л.В., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, научный руководитель ФГБНУ НИИ морфологии человека, главный внештатный патологоанатом Росздравнадзора, Президент Российского общества патологоанатомов.

**Клинические рекомендации обсуждены и утверждены
на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов
(г. Петрозаводск, 22-23 мая 2015 г.), с изменениями и дополнениями,
утвержденными на V Съезде Российского общества патологоанатомов
(г. Челябинск, 1-4 июня 2017 г.)**

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для данных рекомендаций, являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, баз данных EMBASE и MEDLINE, МКБ-10, МНБ.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус экспертов, проработка МКБ-10, изучение МНБ.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций: консенсус экспертов

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была обсуждена на заседании профильной комиссии по специальности «патологическая анатомия» Минздрава России 19.02.2015 г, на заседании Московского отделения Российского общества патологоанатомов 21.04.2015 г, после чего выставлена на сайте Российского общества патологоанатомов (www.patolog.ru) для широкого обсуждения, для того чтобы специалисты, не принимавшие участие в профильной комиссии и подготовке рекомендаций, имели возможность с ними ознакомиться и обсудить их. Рекомендации утверждены на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов (22-23 мая 2015 г, г. Петрозаводск), они уточнены и дополнены на V Съезде Российского общества патологоанатомов (г. Челябинск, 1-4 июня 2017 г.)

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, прокомментировавшими, прежде всего, доходчивость и точность интерпретаций доказательной базы, лежащих в основе данных рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций, они были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Формула метода:

Приведены правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, заполнения статистического учетного документа - медицинского свидетельства о смерти в соответствие с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10. Проведена адаптация отечественных правил формулировки диагноза и диагностической терминологии к требованиям и кодам МКБ-10.

Показания к применению:

Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти в соответствие с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

Материально-техническое обеспечение:

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10) с дополнениями за 1996-2016 гг.

«Медицинское свидетельство о смерти», форма № 106/у-08, «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», форма № 106-2/у-08 - утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.12.2008 г. № 782н с изменениями,

внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 г. № 1687н.

Аннотация

Клинические рекомендации предназначены для врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов и врачей других специальностей, а также для преподавателей клинических кафедр, аспирантов, ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение качества формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти с целью совершенствования национальной статистики заболеваемости и причин смерти населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила распространяются на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Приведены примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

Клинические рекомендации составлены на основании обобщения данных литературы и собственного опыта авторов. Авторы отдают себе отчёт в том, что построение и формулировка диагнозов могут изменяться в будущем по мере накопления новых научных знаний. Поэтому, несмотря на необходимость унификации формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, некоторые предложения могут послужить поводом для дискуссии. В связи с этим любые иные мнения, замечания и пожелания специалистов будут восприняты авторами с благодарностью.

Введение

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 заболеваемости и смертности населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти. Особенно высока ответственность, возложенная на врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на совершенствование национальной статистики заболеваемости и причин смерти населения.

Их необходимость обусловлена применением в настоящее время в разных медицинских организациях различных рекомендаций по формулировке и кодированию диагноза, а также оформлению медицинского свидетельства о смерти, не соответствующих положениям Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и МКБ-10, в которую экспертами ВОЗ за последние десятилетия внесено более 200 изменений и обновлений [7].

Основные принципы формулировки диагноза

Диагноз (греч. διάγνωσις – распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) в энциклопедическом словаре медицинских терминов определен как медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней, их форм, вариантов течения, и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента [2, 15].

Согласно одному из наиболее полных определений, *диагноз* – 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 [4, 9, 12].

Диагноз должен быть [4, 9, 12]:

- *нозологическим* (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы [нозологической единицы], если это невозможно – синдрома);

- *соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней* (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10, рекомендациям ВОЗ [МКБ -10, том 2], а также добавленным рубрикам в соответствии с обновлениями ВОЗ 1996-2016 гг. [Письмо Минздрава России от 05.12.2014 г. №13-2/1664 и т.д.]);
- *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 [4, 9, 12]);
- *структурно оформленным - рубрифицированным* (разделенным на унифицированные рубрики);
- *фактически и логически обоснованным* (достоверным);
- *своевременным и динамичным* (в большей мере это касается заключительного клинического диагноза).

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но 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.

Заболевание определяется как возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [14, статья 2, часть 16].

Состояние определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [14, статья 2, часть 17].

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является нозологический. Термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001 [11]:

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.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате *диагностики*, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий [14, статья 2, часть 7].

Исходя из вышеизложенных положений федерального законодательства, диагноз наделен разнообразными функциями:

1) *медицинской*: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза развития заболевания [14];

2) *социальной*: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи) [14, статья 58];

3) *экономической*: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи [14, статья 37] и клинических рекомендаций (протоколов лечения) [14, статья 76, часть 2].

4) *статистической*: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения [14, статья 80, часть 7; статья 81, часть 4, пункт 3].

Принимая во внимание законодательно установленный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [14, статья 6], ни одна из функций диагноза *не может быть реализуема за счет создания условий, могущих обеспечить снижение качества* оказания медицинской помощи. И потому диагноз всегда должен представлять собой полноценное медицинское заключение о состоянии здоровья и об имеющемся заболевании (состоянии). 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.

Приоритет исследований по теории диагноза принадлежит отечественным ученым. Еще в 1909 г. Г.А.Захарьин впервые обозначил такие понятия, как «главная болезнь» и «второстепенная болезнь» [5]. Основы учения о диагнозе были заложены в середине XX века в трудах И.В.Давыдовского, М.К.Даля, А.И.Струкова, А.М.Вихерта, А.В.Смольяникова, Д.С.Саркисова, В.В.Серова, О.К.Хмельницкого, Г.Г.Автандилова и других [1-4, 9, 13].

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

1. **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 [14, статья 2, часть 18];

2. **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 [14, статья 2, часть 19]. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. *Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.* [4, 9, 12].

Следует обратить внимание, что понятия основное заболевание и сопутствующее заболевание определены законодательно, и не подлежат модификациям при дальнейшем обсуждении этих терминов.

Из законодательно установленного определения основного заболевания следует наличие в структуре диагноза рубрики «*Осложнения основного заболевания*», которое определяет первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с

наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Осложнения основного заболевания – это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнение основного заболевания определяют также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти. 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 [4, 9, 12].

Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения – индивидуальны. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко определена. Например, синдром портальной гипертензии при циррозе печени или легочное сердце при ХОБЛ более логично считать проявлениями основного заболевания, однако допускается перенос их в рубрику «Осложнения основного заболевания». Перечислять осложнения целесообразно в патогенетической или временной последовательности [4, 9, 12].

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 допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность [4, 9, 12].

Исходя из вышеуказанных положений, общая структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:

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

Такая рубрификация диагноза была впервые утверждена приказом Минздрава СССР от 3 января 1952 г. № 4 и без изменений сохранилась до наших дней в бланках медицинских карт [4, 9, 12].

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 [4, 9, 12].

Даже при такой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний). Потому экспертами ВОЗ принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются при анализе заболеваемости и смертности [6].

Так, за состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование *во время соответствующего эпизода обращения* за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось *наибольшая часть использованных ресурсов* [6, с. 107] (пример 1).

Пример 1

Клинический диагноз.

Основное заболевание. Пневмония стафилококковая (бактериологическое исследование, дата) в VI-X сегментах правого легкого (J15.2).

Осложнения основного заболевания. Отек легких (J81). Дыхательная недостаточность III. Недостаточность кровообращения III.

Сопутствующие заболевания. Постинфарктный кардиосклероз.

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 диагноз основного заболевания может меняться* [4, 9, 12].

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 [4, 9, 12].

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 [4, 9, 12] (Пример 2).

Пример 2

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда (тип 1) заднебоковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 суток, размеры очага некроза 4x3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 70% устья левой артерии, обтурирующий красный тромб длиной 1,5 см и нестабильная, с разрывом покрышки, атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

Осложнения основного заболевания: Кардиогенный шок (R57.0). Фибрилляция желудочков сердца (клинически). Жидкая кровь в полостях сердца и просветет 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 (2-я степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Кардиогенный шок (R57.0)
- б) Фибрилляция желудочков сердца (I49.0)
- в) Острый инфаркт миокарда, переднебоковой и межжелудочковой перегородки (I21.0).
- г) —.
- II. —.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие *первоначальной причины смерти*, которое определяется как болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму [7, с. 34]. Смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма

смерти (но не элемент самого механизма смерти) определяется как *непосредственная причина смерти* [6, с. 35].

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 [14, статья 2, часть 19], в статистике причин смерти *не используются*, и потому, не кодируются по МКБ-10 в диагнозе, а в медицинское свидетельство о смерти *не выносятся* (примеры 3, 4).

Пример 3

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание. Пневмония: пневмококковая (*Str. pneumonia* – бактериологическое исследование, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом (J13).

Осложнения основного заболевания. Отек легких (J81). Фибринозный перикардит.

Сопутствующие заболевания. Постинфарктный кардиосклероз. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии. Лейомиома тела матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I: а) Отек легких (J81)

б) Пневмония нижнедолевая, вызванная *Str. pneumonia* [J13]

в) —.

г) —.

Часть II: —.

Пример 4

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно устья правой артерии до 80%) (I25.1).

Осложнения основного заболевания: Отек легких (J81). Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно передней и средней правых мозговых артерий до 30%). Старческая эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I. а) Отек легких (J81).

б) Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I25.1).

в) —.

г) —.

Часть II. —.

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Потому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам. Множественность причин смерти определяется как **коморбидность** (термин предложен А.Р. Feinstein в 1970 г. [16]). Особо подчеркивается, что поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с *местными правилами* [6, с. 107].

В порядке реализации этой рекомендации ВОЗ полезен российский опыт разработки теории диагноза, который должен быть принят в качестве основы для разработки *местных (национальных) правил* анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам.

В 1971 г. Г. Г. Автандиловым с целью учета и анализа смертности по множественным причинам были предложено понятие *комбинированное основное заболевание* на основе выделения моно-, би- и мультикаузальных типов диагнозов (Таблица 1) [1, 4].

Таблица 1

Варианты структуры диагноза [1, 4]

А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
Основное заболевание	Комбинированное основное заболевание: – два конкурирующих заболевания; – два сочетанных заболевания; – основное и фоновое заболевание	Полипатия а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний (семейство болезней); б) случайные сочетания нескольких заболеваний и состояний (ассоциация болезней)
Осложнения	Осложнения	Осложнения
Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания

Впоследствии было уточнено, что для практической работы не следует формулировать диагноз по мультикаузальному принципу («полипатия») из-за особенностей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза. Кроме того, допускалось расширение комбинированного основного заболевания

до трех нозологических единиц, например, двух конкурирующих или сочетанных и фонового заболевания [4, 9, 12].

Комбинированное основное заболевание, представленное конкурирующими или сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями нашло широкое применение. Были разработаны правила выделения нозологической единицы, выставляемой на первое место в комбинированном основном заболевании, как основной единицы учета при статистическом анализе заболеваемости и первоначальной причины смерти при летальном исходе.

Однако подмена при коморбидности рубрики «Основное заболевание» понятием «комбинированное основное заболевание» нарушает требования федерального законодательства и МКБ-10, а также усложняет выбор первоначальной причины смерти.

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как *прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти* [6, стр. 35]. В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) целесообразно указывать как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания (состояния) *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.

Исходя из этих положений, структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

- 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 нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший и каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти [4, 9, 12].

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший и, которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода [4, 9, 12].

Фоновое заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного

заболевания (состояния), отягощающее его течение и способствующее возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие [4, 9, 12].

В соответствии с правилами ВОЗ, в качестве первоначальной причины смерти должно учитываться только одно из этих состояний, выбранное в соответствии с таблицами рангов, рекомендованными ВОЗ [6, с. 69-72]. В диагнозе это заболевание (состояние) указывается в рубрике «Основное заболевание» и вписывается в часть I медицинского свидетельства о смерти. Все прочие заболевания (состояния), связанные с причиной смерти (коморбидные заболевания - конкурирующие, сочетанные и фоновые), в соответствии с рекомендациями о необходимости анализа по множественным причинам, записываются в следующую за ним рубрику «Коморбидные заболевания» и должны быть отражены в части II медицинского свидетельства о смерти 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 [4, 9, 12]:

- 1) нозологическая форма, 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).

Не допускается [4, 9, 12]:

- 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» указывать только групповые (родовые) понятия, например, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания, без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга» 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» без уточнения поражения конкретных артерий. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе 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), хотя и это нежелательно.

Таким образом, структура диагноза должна включать рубрики: «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания».

В рубрике «Основное заболевание» указывается только то заболевание (состояние), которое стало поводом для проведения лечебно-диагностических мероприятий во время последнего эпизода оказания медицинской помощи, а при летальном исходе - само по себе или через свои осложнения могло привести к смерти. *Это заболевание (состояние) указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти.*

В соответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и т.н. «промежуточные состояния», которые выбираются из раздела «Осложнения основного заболевания», и кодируются по МКБ-10.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.), а также обусловленные ими осложнения, указываются отдельной подрубрикой после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». В свидетельство о смерти они не выносятся.

При коморбидности, прочие важные заболевания (состояния), ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе способствовавшие смерти, определены как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания. *Они указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся, соответственно, в часть II медицинского свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ-10.*

Сопутствующие заболевания (состояния) в медицинское свидетельство о смерти не выносятся и не кодируются, как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на наступление летального исхода (Примеры 5-6).

Пример 5

Основное заболевание: Алкогольная кардиомиопатия (I42.6).

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

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

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): киста в области..... Атеросклероз артерий головного мозга (2-я

степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное употребление алкоголем без упоминания о синдроме зависимости) (F10.1)

Пример 6

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3-х суток, размеры очага некроза 5x3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 40% левой артерии, красный обтурирующий тромб длиной 2 см. и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

Сочетанное заболевание: Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга (атеротромботический, размеры очага некроза 6x7 см). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз до 50%, красный обтурирующий тромб длиной 1,5 см и нестабильные атеросклеротические бляшки с кровоизлияниями преимущественно правой средней мозговой артерии) (I63.5).

Фоновое заболевание: Почечная артериальная гипертензия: 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.) (I15.1).

Осложнения основного заболевания: Отек легких (J81). Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Некротический нефроз. Отек головного мозга.

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81).

б) Острый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0).

в) —.

г) —.

II. Ишемический инфаркт головного мозга (I63.5).

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Литература

1. Автандилов Г. Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. 1971;8:66–71.
2. Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1977.

3. Даль М.К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация. - Киев: Медгиз, 1958
4. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп.– М.: МИА, 2011.
5. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. - М., 1909
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
8. Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12.
9. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. Пальцева М.А., Кактурского Л.В., Зайратьянца О.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
10. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».
11. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001».
12. 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.
13. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ, 1977
14. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397)
15. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1982.

16. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970;23(7):455–468.