

**Правила формулировки  
заключительного клинического  
и патологоанатомического  
диагнозов**

врач-патологоанатом

- Для меня важно, чтобы после сегодняшнего дня Вы усвоили для себя только две вещи:
- 1. Правила формулировки диагнозов **ПОСТОЯННО** меняется
- 2. **Логика** (здравый смысл) построения диагноза остается неизменной

- 1 место – Мисс большая ложь
- 2 место – Мисс ложь
- 3 место – статистика

- Дорогие коллеги. Место нашего взаимодействия по диагнозам у нас с Вами – это прижизненное и посмертное патологоанатомическое исследование. Поэтому мы заинтересованы в качестве написания вашего диагноза, но так же и ваши начальники отделений и выше до начальника госпиталя и выше, потому что диагноз – это квинтэссенция вашего мышления и вашего опыта, если хотите, вашей квалификации как врача и профпригодности. Неумение формулировать диагноз – все равно, что неумение формулировать мысли.
- «Словам тесно, мыслям просторно».

# Прижизненное патологоанатомическое исследование

- Согласно новому приказу 179н от 24 марта 2016 г старый бланк направления на прижизненное гистологическое исследование устарел!!!
- Новый бланк разработан, за исходный образец взят образец бланка из приказа 179 н, будет выпущен как и РМО, в новом руководстве по ПАС на мирное время

- Вам нужно будет указывать цель прижизненного ПА-исследования, указывать проведенное лечение, **ДЗ**, результаты предыдущих ПА-исследований, локализацию и характер патологического процесса.
- Нам от Вас нужен Ваш входящий диагноз, а не «обследование», хотя бы 2-3, если не можете сказать одного, для проведения дифференциальной диагностики, иначе ответ может носить описательный характер без заключения.

- Неверное указание клинического диагноза или неточная его формулировка может повлечь за собой «лишнюю» трату средств, так, например, лимфогранулематоз и лимфолейкоз – это разные заболевания, для нас это принципиально.
- Недостаточное описание патологического процесса затягивает сроки ответов.
- Диагноз отображает не только текущее ВАЖНОЕ заболевание, но и прочие состояния, в которых пребывает

# Правила формулировки диагноза – как книги и дополнения, как версии и обновления ОС.

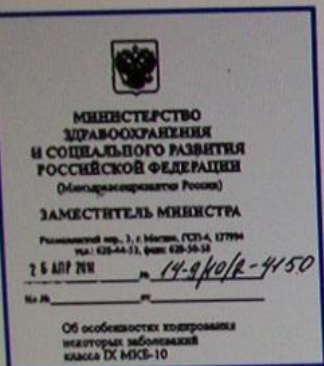
- Сейчас это внедряется на примере НМО, что по сути правильно, так как что не упражняется, то упраздняется. Отучившись формально раз в 5 лет и не доведя до автоматизма - всё постепенно забывается, не считая, что рядовой врач, погруженный в работу вообще с трудом находит время на учебу. Это как привычка, которую нужно воспитывать в себе



Важно понимать, какие бы знания про правила написания диагноза у Вас не были или какие бы «обновления» не выходили, здравый смысл должен преобладать над печатным текстом, иначе можно так исказить смысл написанного, что теряется вся суть.

# ПРЕДЛОЖЕННОЕ ЦНИИОИЗ МЗ РФ «РЕШЕНИЕ» ПРОБЛЕМЫ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА

Рекомендации МЗ СР РФ, 2011; ЦНИИОИЗ, 2013  
«при сочетании острого или повторного инфаркта миокарда со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а инфаркты миокарда – их осложнениями (МКБ-10, т.2, стр. 75)»

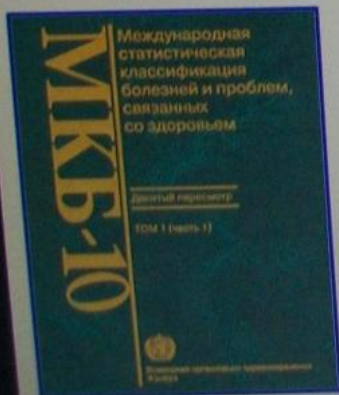


Подлинный текст ICD-10

Acute or terminal circulatory diseases reported as due to malignant neoplasm, diabetes or asthma should be accepted as possible sequences in Part I of the certificate

Подлинный текст МКБ-10 (МКБ-10, т.2, стр. 75)

Острые или терминальные болезни системы кровообращения, указанные как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета или бронхиальной астмы, следует рассматривать как возможный последовательный ряд событий в части I свидетельства





# ТРЕБОВАНИЯ МКБ-10 К ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

МКБ-10, Т.2, с. 43

Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония, кровотечение, тромбофлебит, эмболия, тромбоз, сепсис, остановка сердца, острая почечная недостаточность, аспирация, ателектаз, **инфаркт**) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если только не указано, что она была проведена за 4 недели или более до смерти



**Послеоперационный период 4 недели (28 суток)**

**Инфаркты миокарда типа 1, 4 а, 4 б, 5 – нозологическая единица**

**Инфаркты миокарда типа 2 и 3 («периоперационные инфаркты миокарда») – могут быть осложнением оперативного вмешательства**

**Основной критерий «нозологической самостоятельности» – осложненная АС бляшка**

# О чём это говорит?

- В 70-е годы основным заболеванием почти везде был распространённый атеросклероз. Весь мир активно изучал эту проблему, есть даже данные, что производители сахара проплатили научное исследование, чтобы доказать, что атеросклероз вызывают жиры, а не углеводы. Тем не менее, до сих пор не отвергнута и инфекционная природа образования атеросклеротических бляшек!

# Как менялись знания?

- После того, как была поставлена точка с атеросклерозом, то основным диагнозом в цепочке «Атеросклероз -инфаркт миокарда-отек легких» стал инфаркт миокарда, и ввиду его большей социальной значимости выставляли всегда основным заболеванием. После огромного финансирования этой проблемы, массовой закупки оборудования для коронарного шунтирования и коронарографии, и др. следующим звеном стали заболевания, способствующие инфаркту миокарда из рубрики «сопутствующие заболевания», такие как – бронхиальная астма, сахарный диабет и онкология.

- Когда будет поставлена точка с этими заболеваниями («точка» в возможности повлиять на статистику смертности от этих заболеваний), изменятся правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического

- Еще пример изменения правил написания диагнозов: гипертоническая болезнь и атеросклеротический кардиосклероз.
- Так, пока не появились хорошие препараты для лечения ГБ, накопились данные, что с этим заболеванием на препаратах можно жить хоть до 90 лет, статистика не менялась. Начались работы по перенятию данного опыта, которые, естественно, закончились улучшением статистики в «лечении» и профилактики осложнений ГБ.

# Еще пример из жизни

- Городская больница в Москве с урологическим уклоном, проводя много операций на почке при раке почки, имеет летальность от инфаркта миокарда. Поступило разъяснительное письмо из Минздрава про сахарный диабет, бронхиальную астму и онкологию, что эти заболевания надо ставить основными, если они есть, и радостно стали «учить» патологоанатомов как «правильно» писать диагноз. Много копий сломано по этому поводу, но здравый смысл должен



- Правильный диагноз = правильный стандарт оказания медицинской помощи и подбор препаратов с учетом **всех сопутствующих заболеваний**.
- В больницах, работающих в системе ОМС неправильное написание диагноза влечет за собой штрафы на больницу и жалобы пациентов!!!
- Рекомендую периодически проходить курсы по правилам формулировки заключительного клинического диагноза в ФМБА у зав ПАО профессора Забозлаева Ф.Г. (которое так же дает получение баллов в системе НМО врачу любой специальности)

- Если вы не можете сразу рубрифицировать, то все состояния можно сначала написать подряд одно под другим без рубрификации, потом уже выстраивать из этого, на что обращать первичное внимание, это в первые минуты могут быть направлены на осложнения, например – кровотечение из бедренной артерии – это будет в рубрике осложнения. Далее если у пациента есть сахарный диабет и огнестрельное ранение бедра, и если у больного нет гипо- или гипергликемической комы, да и диабетическая стопа подождет, то основным будет огнестрельное ранение в бедро. Соответственно, чтобы купировать осложнения и уменьшить вероятность их возникновения нужно направить свою деятельность на лечение основного заболевания – операции по восстановлению целостности сосуда и восполнению кровопотери и потери электролитов, профилактика ишемической гангрены и раневых осложнений. Сахарный диабет же уйдет в рубрику сопутствующие заболевания и будет требовать лишь поддерживающей терапии уровня глюкозы и др.

- Если же мы неправильно поставим диагноз, и основным поставим сахарный диабет, то больной умрет от развившихся осложнений основного заболевания.
- Так же следует поступать и в случае острого живота и др. заболеваний.
- Если же пациент поступил «неясный» и на своих ногах, то как можно скорее ему нужно поставить правильный диагноз, чтобы не потерять время и действовало правило «золотых часов», поэтому всё, что есть у больного есть нужно писать как выжимку в диагноз.

- Часто мезентериальному тромбозу или инфаркту миокарда могут предшествовать боли без тромбоза сосудов, но в последствии развивается тромбоз уже в стационаре, а если лечащий врач исключили эти заболевания, то когда они манифестируют, будет уже «заблуждения», что их нет, так как их исключили. Человек – это динамичная среда. Диагноз может меняться от поступления до выписки коренным образом.

**Вашему вниманию  
предоставляется рабочая  
версия 2015 г – правил  
формулировки  
заключительного клинического  
диагноза.**

- 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

- 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 160 изменений и обновлений

# 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

- 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

# Диагноз должен быть

- - *нозологическим* (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы [нозологической единицы], если это невозможно – синдрома);
- - *соответствующим международной 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 1996-2014 гг. [Письмо Минздрава России от 05.12.2014 г. №13-2/1664]);
- - *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 юридически обоснованным (достоверным)*;

- *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

- **Состояние** определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи

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



- **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.

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**

- 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;
  - 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);
  - 3) **экономической**: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).
  - 4) **статистической**: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения.

Принимая во внимание законодательно установленный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, 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».
- 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.

- 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*

- *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.
- (вспоминаем пример с огнестрельным ранением в бедро)

**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

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

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

- *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

- *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

**Заключительный клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы всегда должны быть развернутыми, комплексными, включать все известные в данном конкретном случае морфологические, **клинико-лабораторные** и **другие данные**.**

***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***

**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

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 *принадлежит наибольшая часть использованных*



- 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*

- Пример 1

- Клинический диагноз.
- *Основное заболевание.* Пневмония стафилококковая (бактериологическое исследование, дата) в VI-X сегментах правого легкого (J15.2).
- *Осложнения основного заболевания.*  
Дыхательная недостаточность II.  
Недостаточность кровообращения III,  
некардиогенный отек легкого.
- *Сопутствующие заболевания.*  
Постинфарктный кардиосклероз.

- Пример 2

- Патологоанатомический диагноз

- *Основное заболевание:* Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) в области заднебоковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 70% устья левой артерии, обтурирующий красный тромб длиной ... и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).
- *Осложнения основного заболевания:* Фибрилляция желудочков сердца (клинически). 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 (I69.4). 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.

- Пример 3

- Патологоанатомический диагноз

- *Основное заболевание.* Пневмония: пневмококковая (*St. pneumoniae* – бактериологическое исследование, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом (J13).
- *Осложнения основного заболевания.* Фибринозный перикардит. Отек легких.
- *Сопутствующие заболевания.* Постинфарктный кардиосклероз. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии. Действующее заболевание.

- 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:* Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких.
- *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

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому 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

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



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.*

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

- 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.
- *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.
- *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 произошёл медицинское

- 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**

- *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**

- **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» 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 органные 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.
-

## *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»);



## *Не допускается*

- - 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.).

## *Не допускается*

- - 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):

## *Не допускается*

- - представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти органные 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:

## *Не допускается*

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

## ***Не допускается***

- -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*

Когда лечащие врачи и врачи  
поликлиник сами заполняли  
медицинские свидетельства о  
смерти, то были подкованы в  
правилах формулировки  
заключительного клинического  
диагноза лучше, чем сейчас, а так  
только патологоанатомы или  
статистики требуют от Вас  
правильного заполнения рубрик  
диагноза, так же в гражданских

## Пример 5

- *Основное заболевание:* Алкогольная кардиомиопатия (I42.6).
- *Фоновое заболевание:* Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное употребление алкоголем без упоминания о синдроме зависимости) с полиорганными поражениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.1)
- *Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Пристеночный организованный тромб в правом желудочке сердца. Тромбоэмболия легочной артерии
- *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), арты (3-я степень



## Пример 6

- Патологоанатомический диагноз
- *Основное заболевание:* Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 40% левой артерии, красный обтурирующий тромб длиной ... 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). 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 - ... г.) (I15.1).
- *Осложнения основного заболевания:* 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 (3-я степень, IV стадия). Старческая эмфизема легких.

Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения в связи с поступающими запросами о порядке использования термина «Старость» в статистике смертности, разъясняет.

«Старость» (R54) – это состояние, относящееся к классу XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

В соответствии с правилом А модификации выбранной причины смерти термин «Старость» относится к неточно обозначенным состояниям.

Данное состояние не может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках (МКБ-10, том 2, стр. 46-47).

Критериями использования кода МКБ-10 R54 «Старость» в качестве первоначальной причины смерти являются: возраст старше 80 лет, отсутствие в медицинской документации указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, отсутствие подозрений на насильственную смерть.

Директор Департамента

 Е.П. Какорина

Спасибо  
за  
внимание!

(источник правильных примеров  
и определений Patolog.ru)