

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный
специалист патологоанатом
Департамента здравоохранения
города Москвы
д.м.н., профессор

 О.В.Зайратьянц
«15» мая 2019 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамент здравоохранения
города Москвы № 8

«02» июля 2019 г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ**

**КЛАСС XVI. ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В
ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**
**КЛАСС XVII. ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ),
ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ**
**КЛАСС XVIII. СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ
НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ
РУБРИКАХ**
**КЛАСС XIX. ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН**
**КЛАСС XX. ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И
СМЕРТНОСТИ. ЯТРОГЕНИИ (ЯТРОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОЦЕССЫ, ПАТОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)**

Методические рекомендации № 56

Москва 2019

**О.В.Зайратьянц, Е.Ю.Васильева, Л.М.Михалева, А.С.Оленев,
С.Н.Черкасов, А.Л.Черняев, Н.А.Шамалов, А.В.Шпектор**

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ**

**КЛАСС XVI. ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В
ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**КЛАСС XVII. ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ),
ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

**КЛАСС XVIII. СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ
НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ
РУБРИКАХ**

**КЛАСС XIX. ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН**

**КЛАСС XX. ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И
СМЕРТНОСТИ. ЯТРОГЕНИИ (ЯТРОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОЦЕССЫ, ПАТОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)**

Москва 2019

УДК _____
ББК _____
С _____

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

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

Нормативные и распорядительные документы

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

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

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

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

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

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

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

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

Список сокращений

ИБС – ишемические болезни сердца (ИМ – инфаркт миокарда)

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

МСС – медицинское свидетельство о смерти

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

СД – сахарный диабет

ХБП – хроническая болезнь почек

Введение

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Диагноз должен быть:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При развитии острого общего венозного полнокровия на фоне хронического допустимо формулировать: «Мускатная печень, цианотическая

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

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

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

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

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

¹Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»

Для *этапных клинических диагнозов* определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. *В связи с этим в процессе лечения больного основное заболевание может меняться.*

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие *первоначальной причины смерти*, которое определяется как: 1) болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или 2) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Смертельное осложнение (синдром или нозологическая единица), определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти - танатогенеза), определяется как *непосредственная причина смерти*. Таким образом, понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия *основного заболевания*, а понятие непосредственной причины смерти – аналогом *смертельного осложнения основного заболевания*.

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, в статистике причин смерти *не используются*, и потому, не кодируются по МКБ-10 в диагнозе, а в МСС *не выносятся* (примеры 1, 2). В качестве примеров здесь и далее представлены сокращенные патологоанатомические диагнозы и полностью оформленные МСС.

Пример 1

Основное заболевание. Пневмония: пневмококковая (Streptococcus pneumoniae (J13.X) – бактериологическое исследование, номер, дата), долевая, с поражением нижней доли правого легкого и правосторонним фибринозным плевритом

Осложнения основного заболевания. Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (J96.0) (или ДН ... ст., клинически). Острое общее венозное полнокровие, петехиальные кровоизлияния в плевру, перикард. Отек легких.

Сопутствующие заболевания. Постинфарктный кардиосклероз (локализация, размеры рубца). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза конкретных артерий). Лейомиома тела матки.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae* (J13.X)¹.

в) —.

г) —.

Часть II: —.

Пример 2

Основное заболевание: **Постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз (I25.8)** (локализация, размеры рубца, дата перенесенного инфаркта миокарда, если известна, по данным медицинской карты). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно устья правой артерии до 75%)

Осложнения основного заболевания: **Хроническая (застойная) сердечная недостаточность (I50.0)**. Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отеки нижних конечностей. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий основания головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно передней и средней правых мозговых артерий до 25%). Старческая эмфизема (сенильная инволюция) легких.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I. а) Застойная сердечная недостаточность (I50.0).

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

в) —.

г) —.

Часть II. —.

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Множественность заболеваний и причин смерти определяется как **коморбидность**. В МКБ-10 подчеркивается, что учет коморбидных заболеваний следует делать в соответствии с *местными правилами*, поскольку международных правил на этот счет не существует.

¹Рубрики без четырехзначной подрубрики при оформлении диагноза и МСС обязательно должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «X» (оставлять поле пустым, использовать цифру «9» или иные знаки категорически запрещается).

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как *прочие важные заболевания (состояния), потребовавшие оказания медицинской помощи, а при летальном исходе – способствовавшие смерти.* В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) указывают как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания в *дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание».* Они должны иметь *общие осложнения* с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Структура «сложного» диагноза при наличии коморбидности должна быть представлена следующими рубриками¹:

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания – при наличии)**
- 3. Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболеваний.**
- 4. Сопутствующие заболевания.**

Конкурирующее заболевание определяется как равноценная с основным заболеванием по тяжести течения нозологическая единица (заболевание или травма), потребовавшая оказания медицинской помощи, которой одновременно с основным заболеванием страдал больной (или умерший) и которая самостоятельно могла привести к смерти.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Не допускается:

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

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

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

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

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

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

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

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

Пример 3

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

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический 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 4х3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (IV стадия, 3-я степень, стеноз до 75% устья левой артерии, нестабильная, с разрывом покрышки, атеросклеротическая бляшка и обтурирующий красный тромб длиной 1,5 см левой передней нисходящей артерии)

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

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

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария. Атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз до 50% левой

средней мозговой артерии), аорты (IV стадия, 3-я степень). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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

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

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

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

Пример 6

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) —.

в) —.

г) —.

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

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

Пример 7

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

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

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

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

г) —.

II. —.

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

Пример 8

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0).

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

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

г) —

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Рекомендуется, по возможности, использовать последний вариант оформления части I пункта 19 МСС (заполнение строк а), б) и в), так как это позволяют медицинскому статистику и другим специалистам увидеть всю

«логическую последовательность» - логическую цепочку заболеваний и синдромов (состояний), приведших смерти, оценить правильность оформления МСС и, при необходимости, объективно внести коррекцию.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КЛАСС XVI. ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Правила формулировки диагнозов, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти, а также оформления МСС о перинатальной смерти представлены в соответствующих нормативно-методических документах, клинических рекомендациях и специальных руководствах.

КЛАСС XVII. ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения встречаются, в основном, в перинатальном периоде. Правила формулировки диагнозов, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти, а также оформления МСС о перинатальной смерти представлены в соответствующих нормативно-методических документах, клинических рекомендациях и специальных руководствах.

КЛАСС XVIII. СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

В классе XVIII (R00—R99) представлены разнообразные симптомы и признаки, относящиеся к разным системам организма, выявленные при клинико-лабораторных исследованиях, но не позволяющие поставить диагноз. Эти данные учитываются при обращении за медицинской помощью, в процессе диагностики заболеваний и травм, но в посмертные (заключительный клинический, патологоанатомический, судебно-

медицинский) диагнозы как нозологические формы или синдромы в рубриках основное или коморбидные заболевания не могут быть вынесены.

Однако многие из них используются для кодирования осложнений, в т.ч., смертельных («промежуточных» состояний и непосредственных причин смерти при оформлении МСС). Ниже представлены примеры таких диагнозов и МСС (Примеры 1-6).

Пример 1

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 (2-я степень, II стадия, нестабильная, с кровоизлиянием и разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии, стеноз ветвей левой артерии до 75%)

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 (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой 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 (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0).

б) Разрыв сосочковой мышцы как текущее осложнение острого инфаркта миокарда (I23.5)

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

г) —

II. Реноваскулярная гипертензия (I15.0).

Пример 2

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

Осложнения основного заболевания: Некроз метастаза в левом подчелюстном лимфатическом узле 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. Очаги некроза миокарда в задней стенке левого желудочка. Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз

Сопутствующие заболевания: Другие формы хронической ИБС (стабильная стенокардия – клинически). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

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. —.

Пример 3

Основное заболевание: **Последствия ишемического инфаркта головного мозга (I69.3)** (киста...). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно внутренних сонных артерий до 50%)

Фоновое заболевание: **Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (I11.9)** (масса сердца – 520 г., толщина стенки левого желудочка – 2,0 см., правого – 0,3 см.), артериолосклеротический нефросклероз

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

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия (R64.X).

б) Последствия инфаркта мозга (I69.3).

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)

Пример 5

Основное заболевание: **Диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирования (A19.0):** ацинозно-лобулярные, лобулярные и сливные фокусы казеозного некроза в верхних долях легких и средней доле правого легкого, малые и средние острые пневмониогенные каверны в I-III, VI сегментах справа. МБТ + (методом люминесцентной бактериоскопии)

Осложнения основного заболевания: **Легочное кровотечение (R04.8):** свертки крови в просвете трахеи и крупных бронхов, напряженная гематома острой пневмониогенной каверны в VI сегменте правого легкого; свертки и жидкая кровь в просвете желудка (500 мл). Нелизированные эритроциты в просвете альвеол и мелких бронхов (гистологически). Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия

преимущественно правого желудочка (масса сердца 330 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,5 см, желудочковый индекс (ЖИ) 0,7)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Легочное кровотечение (R04.8)
б) Диссеминированный туберкулез легких (A19.0).
в) —
г) —
II. —

Пример 6

Основное заболевание: Криминальный неполный аборт на 18-й неделе беременности, осложнившийся септицемией (в посевах крови – золотистый стафилококк) (O05.0): некротизированные плацента и оболочки в полости матки. Синдром системного воспалительного ответа (показатели — ..., дата). Гиперплазия селезенки (масса 400 г). Операции: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата)

Осложнения основного заболевания: Сепсис (этиология) (код зависит от этиологии). Септический шок (R57.2). Синдром полиорганной недостаточности (показатели — ...). ДВС-синдром. Некротический нефроз. Выраженная жировая дистрофия миокарда и печени

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (дата). Гемотрансфузии (даты).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Септический шок (R57.2)
б) Сепсис (код зависит от этиологии).
в) Другие виды аборта, неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов (O05.0).
г) —
II. Операции: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата). Послеабортный период 5 суток.

КЛАСС XIX. ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

Все тяжелые травмы, несовместимые с жизнью, и отравления в клиническом и судебно-медицинском диагнозах (такие умершие не подлежат патологоанатомическим вскрытиям) оформляются по монокаузальному принципу.

Наличие тяжелого соматического заболевания у больного с травмой (не относящейся к несовместимым с жизнью) оформляется в виде коморбидного (конкрирующего, сочетанного) заболевания. Все остальные нозологические единицы, важные для диагноза, записываются в рубрике «Сопутствующие заболевания».

В соответствии с требованиями МКБ-10, при использовании кодирования первоначальной причины смерти (травмы, ятрогенной патологии) только по одному коду, при его шифровке используются коды класса XX, а не класса XIX. При применении двойного кодирования (как в России) в МСС важно указывать оба кода из двух классов (второй код из XX класса в строке г) части I пункта 19. При ятрогенной патологии, первый код может быть из любого класса (от I до XVI или XIX, в зависимости от вида конкретного патологического процесса), а второй, при использовании кодов класса XIX— из класса XX.

КЛАСС XX. ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ. ЯТРОГЕНИИ (ЯТРОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ПАТОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)¹

Ятрогении (буквально — «болезни, порожденные врачом», от греч.: Iatros — врач + Genes — порождающий), согласно МКБ-9 (принятой ВОЗ в 1975 г.) и действующей в настоящее время МКБ-10 (1989), — это групповое понятие, объединяющее всё разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

Понятие «ятрогения» является частью более широкого и собирательного термина *«неблагоприятные последствия лечения»*. Координатором исследований проблемы неблагоприятных последствий лечения является Всемирный альянс по защите безопасности пациентов, созданный ВОЗ в 2004 г. (члены альянса — государственные и общественные деятели, медицинские эксперты и специалисты из Австралии, Великобритании, США и т.д.). В разных странах также организованы соответствующие национальные структуры, например, в США — Национальное агентство по безопасности пациентов (National Patient Safety Agency), Американская ассоциация по изучению ятрогений (American Iatrogenic Association).

¹Основные положения соответствуют стандарту, утвержденному Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (2006), обсуждены и приняты на II Пленуме Президиума Российского общества патологоанатомов (Москва, 2005); совещании рабочей группы по разработке данного стандарта, организованном Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Российским обществом патологоанатомов (Москва, 2006); II съезде Российского общества патологоанатомов (Москва, 2006). Аналогичные требования к формулировке судебно-медицинского диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти при ятрогениях разработаны судебно-медицинскими экспертами [Пашинян Г.А., Харин Г.М. «Оформление заключения эксперта (экспертиза трупа)». Учебное пособие, М., 2005].

Представления о распространенности неблагоприятных последствий лечения значительно варьируют в зависимости от того, считать ли таковыми события, не нанесшие больному значительного вреда, или если нанесенный вред был ожидаемым и ненамеренным (побочные действия лекарственных препаратов и др.).

Всемирным альянсом по защите безопасности пациентов и национальными организациями стран — членов ВОЗ в рамках проблемы неблагоприятных последствий лечения используются различные термины и понятия.

- *Harm* (причиненный вред) — болезнь, повреждение, страдание, недееспособность, а также летальный исход, наступившие вследствие лечения;
- *Iatrogenesis* (ятрогения) — в широком смысле понимается как неблагоприятные последствия любых медицинских мероприятий. Самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера не является причиной ятрогений. В крайнем случае, источником ятрогении может стать даже назначение плацебо, если пациент получил его из рук врача и соблюдал рекомендации по лечению. Ятрогению необходимо рассматривать как неизбежную составную часть лечебно-диагностического процесса. Нередкое отождествление термина «ятрогения» с понятием «врачебная ошибка» неверно. Понятие ятрогении также не включает случаи, когда болезнь наступила или прогрессировала из-за неоказания медицинской помощи, расхождения диагнозов, недоступности обследования или необходимого лекарственного препарата. Вызвать ятрогенную патологию может любой медицинский работник: врач, медицинская сестра, фармацевт и т.д. Это определение ятрогенной патологии соответствует принятому в России (стандарт, утвержденный Росздравнадзором, 2006).

- *Medical Error* (врачебная ошибка) — ненамеренная профессиональная ошибка медицинского работника: добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов или атипичном течении заболевания или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества. Не относится к юридическим понятиям, не предусматривает вины медицинского работника, но в некоторых случаях может стать причиной его юридической ответственности.
- Наиболее часто врачебные ошибки происходят при внедрении новых сложных методов диагностики и лечения, оказании экстренной медицинской помощи, отсутствии профессионального опыта, лечении больных старших возрастных групп. Примерами врачебных ошибок являются неверный диагноз, ошибки в проведении лекарственной терапии, оперативных вмешательств и т.д.;
- *Adverse Event* (неблагоприятное последствие лечения), например, анафилактическая реакция, инфицирование послеоперационной раны, пневмоторакс после катетеризации центральной вены, различные патологические процессы у длительно иммобилизованных в стационаре пожилых пациентов;
- *Serious Adverse Event* (тяжелое неблагоприятное последствие лечения), например инвалидизация или летальный исход;
- *Unexpected Adverse Event* (неожиданное неблагоприятное последствие лечения), например, анафилактический шок;
- *Suspected Unexpected Serious Adverse Event* (подозреваемое неожиданное серьезное неблагоприятное последствие лечения), например, синдром Кушинга при стероидной терапии;
- *Adverse Effect* (неблагоприятный эффект) — ненамеренное нежелательное, но, нередко, ожидаемое и предотвратимое повреждающее

побочное действие лечебно-диагностических мероприятий, вне зависимости от правильности их проведения. Такие побочные действия, в основном, лекарственных препаратов, образуют значительную часть ятрогенных патологических процессов и широко распространены.

- *Adverse Reaction (Side effect)* — побочный эффект: неблагоприятное последствие конкретной диагностической и лечебной процедуры или, чаще, фармакотерапии, проведенных правильно, но приведших к неожиданному и непредотвратимому ущербу.

Согласно данным Американской ассоциации по изучению ятрогений, их основными причинами являются:

- ненамеренные медицинские ошибки (несчастный случай);
- неблагоприятные последствия фармакотерапии, включая нежелательное лекарственное взаимодействие и нежелательное, но ожидаемое побочное действие лекарств (одна из самых частых причин ятрогений);
- применение недостаточно проверенных или чрезмерно радикальных методов лечения (например, лоботомия или ятрогенные инсулиновые комы у больных шизофренией, соматически инвалидизирующие больного, при том, что их эффективность в отношении обрыва психоза так и не была доказана);
- диагностические ошибки вследствие влияния «человеческого фактора». В этой рубрике особое место занимают ятрогении вследствие небрежности медицинских работников и фармацевтов. Так, например, неаккуратно, от руки написанное название препарата в истории болезни часто становится причиной ошибочной выдачи лекарственного препарата больному;
- нозокомиальные инфекции и рост резистентности микрофлоры — имеет много признаков ятрогении, поскольку в значительной степени произрастает из рутинного и необоснованного назначения антибиотиков врачами общей практики. Эта группа включает в себя также, например,

пролежни, септические осложнения после инъекций и катетеризации центральной вены, заражение вирусным гепатитом В и С, ВИЧ-инфекцией;

- медицинские воздействия, которые можно ассоциировать с понятием «медицинские пытки». Классическими примерами стали медицинские эксперименты в концентрационных лагерях во время Второй мировой войны. Однако к категории медицинской пытки относят и практику «экономного» отношения к анестезии при экстракции зуба или медицинском аборте и т.д.

Развитие медицины, научно-технический прогресс, неизбежно и объективно ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов.

Клиницисты и патологоанатомы отмечают, что осложнения диагностики и лечения («болезни от прогресса медицины») приняли характер эпидемии. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Имеющийся арсенал медицинских средств становится все более «агрессивным» по отношению к больному. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль «человеческого фактора».

С другой стороны, экологические и другие факторы, модифицируя реактивность организма человека, вызывая патоморфоз заболеваний, также ведут к росту частоты неблагоприятных (аномальных) реакций на медицинские воздействия.

У многих специалистов сложилось настороженное и негативное отношение к термину «ятрогении». Нередко встречается ошибочное отождествление термина «ятрогения» с понятием «врачебная ошибка», что приводит как к вольному или невольному сокрытию ятрогений, так и к предложениям отказаться от употребления этого термина. *Одинаково опасны как «вылавливание ятрогений», «запугивание ятрогенией», так и их сокрытие, отсутствие о них объективной статистической информации.*

Неверно отождествлять между собой понятия «ятрогения» и «врачебная (медицинская) ошибка», хотя развитие ятрогении в части случаев может быть следствием такой «ошибки» (в классическом понимании этого термина — как добросовестного заблуждения медицинского работника). Однако ятрогенные патологические процессы следует относить к дефектам оказания медицинской помощи с разнообразными причинами их развития (международный стандарт ИСО 9001:2000, система менеджмента качества в сфере медицинских услуг).

В этой связи оценка ятрогений, проведенная на стандартных принципах, может выступать в качестве одного из индикаторов качества лечебно-диагностического процесса (оказания медицинских услуг).

При ятрогенных патологических процессах правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов, их сопоставления, кодирование причин смерти по МКБ-10 подчиняются, прежде всего, общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях.

К ятрогениям следует относить только те патологические процессы, которые возникли как «результат действия» — медицинских мероприятий, а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала, что может быть врачебной ошибкой, но не ятрогией. К ятрогениям следует также относить патологические процессы, вызванные высказываниями медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей.

Ятрогении — результат любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных).

Не может трактоваться как ятрогенный патологический процесс факт расхождения диагнозов по любой категории и причинам.

Не являются причиной ятрогений самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера. Например, патологические процессы, развившиеся вследствие самостоятельного (без указаний или в нарушение указаний медицинского персонала) приема лекарственных препаратов или использования какой-либо медицинской техники, не являются ятрогенными.

Ятрогенный характер патологического процесса требует неоспоримых объективных клинических и/или морфологических доказательств. Без проведения патологоанатомического (или судебно-медицинского) вскрытия факт наличия ятрогенного патологического процесса, сыгравшего существенную роль в танатогенезе, не может считаться доказанным.

Категорически запрещается употреблять термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные в каких-либо из рубрик клинического или патологоанатомического диагнозов, в заключении о причине смерти, МСС. Они могут и должны быть использованы только в клинико-анатомическом эпикризе протокола патологоанатомического вскрытия (как запись личного мнения врача-патологоанатома), в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия и в соответствующих медицинских документах клинико-экспертных комиссий и отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских организаций.

Врач-патологоанатом квалифицирует ятрогенный патологический процесс, выявленный на вскрытии или в результате исследования операционного (биопсийного) материала только с медицинских позиций. Окончательное заключение о наличии, сущности, роли в танатогенезе и других особенностях ятрогенного патологического процесса выносится коллегиально, на клинико-экспертной комиссии медицинской организации.

Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах в любых рубриках:

- *Ятрогении — первоначальные причины смерти:* рубрика «Основное заболевание»,
- *Ятрогении с существенной ролью в танатогенезе:* рубрики «Коморбидные заболевания (конкурирующее или сочетанное)», «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» (в т.ч. смертельное осложнение — непосредственная причина смерти),
- *Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе:* рубрики «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)», «Сопутствующие заболевания».

В рубриках «Основное заболевание» и «Коморбидные заболевания» указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологически доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;
- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;
- случаях смерти:
 - от анафилактического шока;
 - во время наркоза и анестезии;
 - в результате профилактических медицинских мероприятий;
 - в результате косметологически медицинских мероприятий.

Заболевание или травма, по поводу которых производились медицинские мероприятия, вызвавшие развитие ятрогенного патологического процесса, указываются либо как фоновое заболевание,

либо, после записи проявления ятрогенного патологического процесса и вида медицинского вмешательства, непосредственно в рубрике «Основное заболевание» или «Коморбидные заболевания». Вид медицинского вмешательства не может быть указан в диагнозе вместо ятрогенного патологического процесса, необходимо указать патологический процесс, развившийся в результате такого вмешательства.

Клиническая практика свидетельствует, что патогенез ятрогений нередко многофакторный. Во многих случаях ятрогенные патологические процессы являются результатом сложного взаимодействия организма с измененной (врожденной или приобретенной) реактивностью и медицинских воздействий (проведенных правильно и по показаниям, в соответствии с действующими рекомендациями и стандартами или ошибочных). Поэтому, достоверно установить «удельную значимость» в танатогенезе медицинских воздействий часто не представляется возможным. В таких случаях, при наличии прогрессирования естественно развившегося заболевания, ятрогении следует указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» (в т.ч. и как смертельное осложнение — непосредственная причина смерти).

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические процессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими рекомендациями и стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями. Танатогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе целесообразно указывать в рубрике «Осложнений основного заболевания (и медицинского вмешательства)», хотя допустима их запись в рубрике «Сопутствующие заболевания», особенно если они представляют собой нозологическую форму.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

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

В диагнозе следует указывать осложнения реанимации и интенсивной терапии в специальной подрубрике «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия», после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Однако при наличии соответствующих причин (например, при медицинском дефекте, явившемся первоначальной причиной смерти в ходе проведения интенсивной терапии по поводу заболевания, роль которого в танатогенезе маловероятна) необходимо вынесение такого ятрогенного патологического процесса в рубрику «Основное заболевание».

Оформление МСС и кодирование (шифровка) ятрогений производятся в соответствии с общими правилами. В МСС ятрогенные патологические процессы, которые явились первоначальными причинами смерти записываются в раздел «I» пункта 19. Ятрогении, указанные в рубрике «Коморбидные заболевания» записываются в разделе II пункта 19.

В основу кодирования (шифровки) ятрогенных патологических процессов в соответствии с требованиями МКБ-10 положен принцип

двойного кодирования с учетом как характера (сущности) патологического процесса (коды I—XIX классов), так и причины развития ятрогении («внешней причины», коды XX класса). В классе XIX (Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин) (рубрики T36—T88) представлены коды, обозначающие сущность ятрогенных патологических процессов. Для отдельных типичных ятрогенных осложнений следует использовать коды, представленные в конце рубрик каждого класса заболеваний — от I до XVI, причем без второго кода класса XX.

Дополнительным кодом класса XX шифруется причина развившейся ятрогении, зашифрованной кодами класса XIX. Основные рубрики этого класса следующие:

- X40—X44 — случайная передозировка лекарств, неправильное назначение или прием лекарственного средства по ошибке;
- Y40—Y59 — лекарственные средства, медикаменты и биологические субстанции, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении;
- Y60—Y69 — случайное нанесение вреда больному в ходе терапевтического или хирургического вмешательства;
- Y70—Y82 — медицинские приборы и устройства, связанные с несчастным случаем при их использовании для диагностики и лечения;
- Y88 — последствия терапевтического или хирургического вмешательств как внешних причин заболеваемости и смертности (Табл. 1).

Таблица 1

Рекомендуемые коды МКБ-10 (I—XVI, XIX, XX классов) для наиболее распространенных ятрогенных патологических процессов

Ятрогенные патологические процессы	Коды МКБ-10	Примечания, включая коды I—XVI классов
Класс XIX.		
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин		
Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами		

(Т36—Т50)		
<i>Исключены:</i> некоторые неблагоприятные реакции на адекватно назначенные и правильно введенные лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества (А 00—R99, Т78, Т80—Т88).		
Передозировка или неправильная выдача (неправильное назначение) лекарственных средств, медикаментов, биологических веществ	Т36—Т50	<i>Исключены:</i> анафилактический шок — Т80.5, Т78.2, Т88.6 <i>Включены:</i> наркотическая смерть при отравлении анестезирующими средствами и терапевтическими газами — Т41.0—Т41.5, передозировка сердечных гликозидов — Т46.0
Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин (Т66—Т78)		
Осложнения лучевой терапии, включая лучевую болезнь	Т66	<i>Исключены:</i> лучевые ожоги — Т20—Т31, лейкоз—С91—С95, радиационные гастроэнтерит и колит — К52.0, пневмонит — J70.0, J70.1 изменения кожи и подкожной клетчатки — L55—L59.
Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80—Т88)		
<i>Исключены:</i> некоторые неблагоприятные реакции на лекарственные средства и медикаменты (А00—R99, Т36—Т50), осложнения хирургических процедур во время беременности, родов и в послеродовом периоде (О00—О99), некоторые уточненные осложнения, классифицированные в других рубриках, такие, как синдром оперированного желудка (К91.1) и др.		
Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	Т80.0	<i>Исключены:</i> воздушная эмболия, связанная с другими процедурами — Т81.7, при аборте, внематочной беременности — О00—О08, беременности, родах и послеродовом периоде — О88
Тромбофлебит, флебит, тромбоэмболия, связанные с инфузией, трансфузией, или лечебной инъекцией	Т80.1	—
Инфекция или сепсис, связанные с инфузией, трансфузией или лечебной инъекцией	Т80.2	При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (В95—В97)
Переливание несовместимой крови	Т80.3— Т80.4	По группе крови (системе АВО) — Т80.3, по резус-фактору — Т80.4
Анафилактический шок, связанный с введением	Т80.5	<i>Исключены:</i> анафилактический шок без других

сыворотки		уточнений — Т78.2, анафилактический шок на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство — Т88.6
Сывороточная болезнь	Т80.6	—
Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках	Т81.0	—
Шок (коллапс) во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках	Т81.1	<i>Исключены:</i> анафилактический шок — Т80.5, Т78.2, Т88.6, шок вызванный анестезией — Т88.2, обусловленный правильно назначенным и правильно введенным лекарственным средством — Т88.6
Случайные прокол, разрыв, перфорация сосудов, органов при выполнении процедур, не классифицированные в других рубриках	Т81.2	<i>Исключены:</i> устройством, преднамеренно оставленным в операционной ране (дренаж и др.) — Т82—Т85.
Инфекция (абсцесс, флегмона, сепсис), связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	Т81.4	<i>Исключены:</i> связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией — Т 80.2, с имплантатом и трансплантатом — Т 82—Т 85.
Инородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры	Т81.5	<i>Исключен:</i> перитонит (асептический, химический) после процедуры — Т81.6. <i>Включены:</i> спайки, закупорка и перфорация, вызванные этим инородным телом
Осложнения, связанные с сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	Т82.0— Т82.9	Инфекция, связанная с протезом клапана сердца — Т82.6, тромбоз и эмболия, связанная с протезом клапана сердца — Т82.8
Осложнения, связанные с мочеполовыми протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	Т83.0— Т83.9	—
Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	Т84.0— Т84.9	<i>Исключены:</i> отторжение пересаженных органов — Т 86
Отмирание и отторжение пересаженных органов и тканей	Т86.0— Т86.9	—
Осложнения реплантации и ампутации	Т87.0— Т87.6	Инфекция ампутационной культы — Т87.4
Инфекция, сепсис, связанные с	Т88.0	—

иммунизацией		
Шок, вызванный правильно проведенной анестезией	T88.2	<i>Исключены:</i> шок при анестезии из-за передозировки или ошибочного применения препарата — T36—T50, послеоперационный шок — T81.1, анафилактический шок — T80.5, T78.2, T88.6
Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией	T88.3	—
Безуспешная или трудная интубация	T88.4	—
Другие осложнения анестезии	T88.5	<i>Исключены:</i> указанные в рубриках T36—T50
Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство	T88.6	<i>Исключены:</i> на введение сыворотки — T80.5, анафилактический шок без других уточнений — T78.2
Другие аллергические и т.д. патологические реакции на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство	T88.7	<i>Исключены:</i> указанные в рубриках T36—T50 и некоторые неблагоприятные реакции при правильном назначении и введении лекарственных средств, например, изменения крови — D50—D76 и т.д.
Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках	T88.8	—
Класс XX.		
Внешние причины заболеваемости и смертности		
<p>Случайная передозировка, неправильное назначение лекарственного средства, прием его по ошибке или невниманию, несчастные случаи при использовании лекарственных средств, медикаментов и биологических веществ при терапевтических и хирургических процедурах, отравление, не уточненное как случайное или преднамеренное (X40—X49)</p> <p><i>Исключены:</i> соответствующее назначению, правильно введенное в терапевтических или профилактических дозах лекарственное средство как причина неблагоприятной реакции (Y40—Y59).</p> <p><i>Примечания:</i> эти коды могут использоваться для шифровки основного заболевания (первоначальной причины смерти) после клинико-экспертного анализа, уточненный перечень лекарственных средств представлен в алфавитном указателе МКБ-10,</p>		
Неопиоидные анальгетики, жаропонижающие и противоревматические	X40	—

средства		
Седативные, снотворные средства и др.	X41	—
Другие (гормоны, анестетики, антибиотики, вакцины, терапевтические газы и др.) и неуточненные лекарственные средства	X44	—
<p>Случайное нанесение вреда больному, обусловленные различными дефектами выполнения терапевтических и хирургических вмешательств (Y60—Y69)</p> <p><i>Исключены:</i> медицинские приборы и устройства как причина несчастных случаев при их использовании для диагностики и лечения (Y70—Y82), хирургические и терапевтические процедуры как причина аномальной реакции пациента без упоминания о случайном нанесении вреда больному во время их выполнения (Y83—Y84)</p> <p><i>Примечание:</i> эти коды могут использоваться для шифровки основного заболевания (первоначальной причины смерти) после клинико-экспертного анализа.</p>		
Порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической или терапевтической процедур	Y60.0— Y60.9	При хирургической операции — Y60.0, при проведении инфузии или трансфузии — Y60.1, при почечном диализе или другой перфузии — Y60.2, при проведении инъекции или иммунизации — Y60.3, при эндоскопическом исследовании — Y60.4, при катетеризации сердца — Y60.5, при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации — Y60.6, при применении клизмы — Y60.7, при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры — Y60.8
Случайное оставление инородного тела в организме при выполнении хирургической или терапевтической процедур	Y61.0— Y61.9	При проведении хирургической операции — Y61.0, При проведении инфузии или трансфузии — Y61.1, при почечном диализе или другой перфузии — Y61.2, при проведении инъекции или иммунизации — Y61.3, при эндоскопическом исследовании — Y61.4, при катетеризации сердца — Y61.5, при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации — Y61.6, при удалении катетера или тампона — Y61.7,

		при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры — Y61.8.
Недостаточная стерильность при выполнении хирургических или терапевтических процедур	Y62.0— Y62.9	При выполнении хирургической операции — Y62.0, при проведении инфузии или трансфузии — Y62.1, при почечном диализе или другой перфузии — Y62.2, при проведении инъекции или иммунизации — Y62.3, при эндоскопическом исследовании — Y62.4, при катетеризации сердца — Y62.5, при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации — Y62.6, при проведении другой хирургической или терапевтической процедуры — Y62.8
Ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур	Y63.0— Y63.9	<i>Исключены:</i> случайные передозировка лекарств или введение по ошибке другого лекарственного средства — X40—X44. <i>Включены:</i> введение чрезмерного количества крови или другой жидкости во время трансфузии или инфузии — Y63.0, неправильное разведение вводимой жидкости — Y63.1, передозировка при лучевой терапии — Y63.2, случайное облучение больного при выполнении медицинской процедуры — Y63.3, несоответствие дозировки при лечении электрошоком или инсулиновым шоком — Y63.4, чрезмерно высокая или чрезмерно низкая температура при местной аппликации или наложении повязки — Y63.5, неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества — Y63.6, ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур — Y63.8 (кроме случаев, предусмотренных в рубриках X40 — X44).

Загрязненные медицинские или биологические вещества	Y64.0— Y64.9	Загрязненные медицинские или биологические вещества, использованные для трансфузии или инфузии — Y64.0, использованные для инъекции или вакцинации — Y64.1, введенные другим способом — Y64.8.
Другие несчастные случаи во время оказания хирургической или терапевтической помощи	Y65.0— Y65.8	Несовместимость перелитой крови — Y65.0, использование для инфузии ошибочно взятой жидкости — Y65.1, дефекты наложения шва или лигатуры во время хирургической операции — Y65.2, неправильное положение эндотрахеальной трубки при наркозе — Y65.3, дефект введения или удаления другой трубки или инструмента — Y65.4, выполнение операции, не соответствующей показаниям — Y65.5, другие уточненные несчастные случаи во время оказания хирургической или терапевтической помощи — Y65.8
Несчастные случаи при оказании медицинской помощи, связанные с дефектами медицинских приборов и устройств	Y70— Y82	Например: приборы для анестезии при хирургических операциях — Y70.3, шовный материал в хирургической практике — Y81.3

Ниже приведены примеры формулировки диагнозов, выбора и кодирования причин смерти при ятрогенной патологии (примеры 1 - 7)

Пример 1

Основное заболевание: Тампонада полости перикарда инфузионной жидкостью вследствие случайной перфорации стенки правого предсердия внутрисосудистым концом катетера при катетеризации правой подключичной вены и проведении инфузии (T81.2, дополнительный код Y60.1).

Фоновое заболевание: Пневмония, вызванная вирусом парагриппа (J12.2) (2-ой серотип вируса парагриппа по данным посмертного иммунофлюоресцентного исследования, дата): двусторонняя интерстициальная пневмония, катаральный трахеобронхит

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный других рубриках (T81.2).

- б)
- в)

г) Случайный порез, укол, перофрания или кровотечение при проведении инфузии и трансфузии (Y60.1).

II. Пневмония, вызванная вирусом парагриппа (J12.2).

Пример 2

Основное заболевание: **Анафилактический шок на внутривенное введение тубазида (T88.6, дополнительный код Y41.1): ...**

Фоновое заболевание: **Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. МБТ+, фаза прогрессирования (A15.0): ...**

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство (T88.6).

б) — .

в) — .

г) Неблагоприятная реакция при терапевтическом применении антимикобактериального препарата (Y41.1).

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

Пример 3

Основное заболевание: **Анафилактический шок на внутривенное введение верографина при реноуроциелографии (T88.6, дополнительный код Y57.5):** жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, острое неравномерное полнокровие внутренних органов, мелкоточечные кровоизлияния в слизистые оболочки гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта, в серозные оболочки сердца и легких, респираторный дистресс-синдром, «шоковые» почки

Фоновое заболевание: **ХОБЛ вне обострения (J44.8).** Вторичная легочная гипертензия с легочным сердцем (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину миокарда правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6)

Осложнения основного заболевания: Вторичный амилоидоз с преимущественным поражением почек, печени, селезенки. Хроническая почечная недостаточность (биохимия крови — ..., клинически, дата).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство (T88.6).

б) — .

в) — .

г) Неблагоприятная реакция на рентгеноконтрастные среды (Y57.5)

II. Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь (J44.8)

Пример 4

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

Фоновое заболевание. **Узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (C34.3)** (мелкоклеточный рак, биопсия №, дата) (T3N0M0). Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата)

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

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 нижней доли, бронхов или легкого (C34.3).
Операция лобэктомии, дата

Пример 5

Основное заболевание: **Воздушная эмболия, развившаяся при пункции яремной вены с целью проведения инфузионной терапии (T80.0, дополнительный код Y65.8).**

Фоновое заболевание: **Крупноочаговый кардиосклероз (I25.8)** (локализация рубца, его размеры). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,4 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза)

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (степень, стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (T80.0).
б) — .
в) — .
г) Другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи (Y65.8).
- II. Другие формы хронической ишемической болезни сердца (I25.8).

Пример 6

Основное заболевание: **Раннее расхождение швов гастроэнтероанастомоза сутки после операции резекции желудка по поводу язвенной болезни (характер операции, дата) (T81.4, дополнительный код Y65.2).**

Фоновое заболевание: **Язвенная болезнь желудка с кровотечением (K25.4):** хроническая язва (диаметр) в области малой кривизны желудка, кровотечение

Осложнения основного заболевания: **Разлитой гнойный перитонит (K65.0).**

Из клинико-анатомического эпикриза: выявлены дефекты наложения швов гастроэнтероанастомоза (решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острый перитонит (K65.0)
б) Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированной в других рубриках (T81.4) .
в) — .
г) Дефект в наложении шва или лигатуры во время хирургической операции (Y65.2)
- II. Язва желудка с кровотечением (K25.4).

Пример 7

Основное заболевание: **ХОБЛ** (клинические данные спирометрии и КТ легких) **в стадии обострения в виде очагово-сливной бронхопневмонии в IV-VI сегментах правого и IX-X сегментах левого легких (J44.0)**. Вторичная легочная гипертензия с легочным сердцем (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину миокарда правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6)

Осложнения основного заболевания: **Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически) (J96.0)**. Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: Трахеостомия (дата), длительная ИВЛ (число суток). Пролежень стенки трахеи, гнойный трахеобронхит. Гнойный медиастинит. Сепсис (бактериологическое исследование крови, ткани средостения — дата): септицемия. Септический шок. Синдром системного воспалительного ответа (показатели — ..., клинически, дата). Гиперплазия селезенки (масса) и лимфатических узлов. Синдром полиорганной недостаточности (показатели — ..., клинически, дата). Выраженная жировая дистрофия печени и миокарда.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0).

в) — .

г) — .

II. — .

Пример 8

Основное заболевание: **Массивный кислотно-аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона) во время вводного наркоза с целью оперативного родоразрешения (кесарева сечения) при беременности 38 недель (O74.0, дополнительный код Y65.8):** тотальный некроз эпителия трахеи и главных бронхов. Операция: родоразрешение путем кесарева сечения (дата)

Осложнения основного заболевания: Выраженный отек легких (J81.X). Распространенные обтурационные ателектазы, очаги острой эмфиземы. ДВС-синдром, диапедезные кровоизлияния в серозные и слизистые оболочки.

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 3 суток.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

б) Аспириционный пневмонит вследствие анестезии во время процесса родов и родоразрешения (O74.0).

в) — .

г) Другие уточненные несчастные случаи во время оказания терапевтической и хирургической помощи (Y65.8).

II. *Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 38 недель.*

Послеродовой период 3 суток.

Пример 9

Основное заболевание: **Линейные надрывы пищевода и острое вздутие желудка вследствие неудачной интубации (O74.7, дополнительный код Y65.3):** стояние

эндотрахеальной трубки в пищеводе при наркозе перед оперативным родоразрешением путем кесарева сечения в сроке беременности 39 недель: Операция: кесарево сечение по поводу ... (дата)

Осложнения основного заболевания: Постгипоксическая энцефалопатия: очаги некроза в коре и подкорковых ядрах больших полушарий головного мозга. Отек легких, обширные ателектазы, петехиальные кровоизлияния в перикарде. **Выраженный отек головного мозга с дислокацией ствола (G93.5).**

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 2 суток.

Патология плода: Интранатальная гибель плода.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Неудачная попытка или трудности при интубации во время родов и родоразрешения (O74.7)

в) —.

г) Неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза (Y65.3)

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 39 недель. Послеродовой период 2 суток.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Неудачная попытка или трудности при интубации во время родов и родоразрешения (O74.7)

в) —.

г) Неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза (Y65.3)

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 39 недель. Послеродовой период 2 суток.

Пример 10

Основное заболевание: **Несовместимость перелитой иногруппной крови на 2-е сутки после самопроизвольных родов на 39 неделе беременности (O75.4, дополнительный код Y65.0).**

Фоновое заболевание: **Анемия беременных II степени (показатели — ..., дата, клинически) (O99.0).**

Осложнения основного заболевания: **Посттрансфузионный шок, некротический нефроз, анурия. Острая почечная недостаточность (N17.1)** (биохимия крови — ..., дата). Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом (N17.1).

б) Другие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством и другими процедурами (O75.4).

в) —.

г) Несовместимость перелитой крови (Y65.0).

II. Анемия, осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период (O99.0). Самопроизвольные своевременные роды. Послеродовой период – 36 часов.

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.