

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*"Согласовано"*

*Зам. председателя УМС  
Департамента здравоохранения*

*Л.Г. Костомарова  
20 декабря 2011 года*

*"Утверждаю"*

*Первый зам. Руководителя  
Департамента здравоохранения*

*Н.Ф. Плавунев  
21 декабря 2011 года*

**ФОРМУЛИРОВКА КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА  
В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ МКБ- 10**

***Методические рекомендации  
(№27)***

***Часть 1***

*Главный внештатный  
специалист патологоанатом  
Департамента здравоохранения*

*О.В. Зайратьянц*

**Москва 2011**

**Учреждение-разработчик:** Московский городской центр  
патологоанатомических исследований  
при ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко

**Составители:** д.м.н. профессор О.В. Зайратьянц

**Рецензент:** член-корреспондент РАМН  
д.м.н. профессор Л.В. Кактурский

**Предназначение:** для врачей амбулаторно-поликлинических  
государственных учреждений здравоохранения  
Москвы, специалистов по клинико-экспертной  
работе и медицинской статистике,  
для использования в работе клинико-экспертных  
комиссий, при прохождении курсов повышения  
квалификации и сертификации

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

## **Введение**

В методических рекомендациях для врачей амбулаторно-поликлинических государственных учреждений здравоохранения города Москвы представлены основные правила формулировки клинических диагнозов, оформления медицинского свидетельства о смерти и кодирования (шифровки) причин смерти в соответствии требованиями МКБ-10, нормативными и распорядительными документами Минздравсоцразвития России. Более подробная информация представлена в справочнике «Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов» (О.В.Зайратьянц, Л.В.Кактурский, 2-е изд., перераб. и дополн., Москва: «Медицинское информационное агентство», 2011).

Правила формулировки диагнозов основаны на требованиях Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, в настоящее время — десятого пересмотра (МКБ-10). МКБ-10 была принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения в 1989 г. и введена в действие на территории РФ с 01.01.1998 г. приказом МЗ РФ от 27.05.97 г. №170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10».

МКБ-10 ежегодно обновляется комитетом экспертов ВОЗ (WHO ICD-10 Update Reference Committee) на сайте <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en>.

Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. №782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» введены в практику новые учетные формы №106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», №106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти».

Рекомендации по порядку их заполнения и выдачи изложены в письмах Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. №14-6/10/2-178 и от 26.04.2011 г. №14-9/10/2-4150. Департаментом здравоохранения Москвы разработана «Инструкция по правилам заполнения, выдачи, учета и хранения медицинского свидетельства о смерти» (приложение к приказу Департамента от 13.04.2009 г. №379 «Об утверждении Инструкции по правилам заполнения, выдачи, учета и хранения медицинских свидетельств о смерти»).

Диагноз — одна из основ управления качеством медицинских услуг. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о заболеваемости и причинах смерти населения, о качестве лечебно-диагностической работы медицинских организаций, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки и кодирования диагнозов, выполнения требований к оформлению медицинских свидетельств о смерти.

Диагноз является результатом и показателем работы врача, документальным свидетельством уровня его профессиональной квалификации. На основании анализа диагнозов делается заключение о качестве оказания медицинской помощи, решаются юридические вопросы и вопросы страховой медицины, формируется статистика заболеваемости и смертности. Хотя вышесказанное касается оформления всей медицинской документации, но исключительное значение имеет именно диагноз как интегральный показатель клинического мышления врача. Дефекты формулировки или кодирования клинического диагноза — показатель неудовлетворительных квалификации врача и качества организации лечебно-диагностического процесса, основа возникновения правовых проблем и искажения государственной медицинской статистики.

## **1. Правила формулировки и кодирования клинического диагноза**

1.1. Диагноз (клинический предварительный, этапный, заключительный; патологоанатомический, судебно-медицинский) — 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.), а также заключение об эпидемическом очаге. Диагноз должен быть нозологическим, соответствовать требованиям Международной классификации болезней последнего пересмотра (МКБ-10), содержать дополнительную интранозологическую характеристику, быть этиологическим и патогенетическим, структурированным с унифицированными 3-мя рубриками, логически обоснованным, достоверным и своевременным.

1.2. Основное заболевание — это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний или травм), по поводу которых проводилось обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью, и записанных в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней. В случае летального исхода основное заболевание — это одна или несколько нозологических единиц, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к смерти больного.

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, пато-

логический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий, а при неблагоприятном исходе привело к инвалидизации или смерти больного. В связи с этим в процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться. Не допускается указание в качестве основного заболевания тех нозологических единиц, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но которые не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса или не явились причиной смерти.

1.3. Клинический диагноз должен быть рубрифицирован, то есть всегда записан в виде следующих трех рубрик диагноза:

1) «Основное заболевание» — при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при би- и мультикаузальном («Комбинированное основное заболевание») — двумя, реже — тремя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями). Следует избегать формулировки диагноза с указанием более трех основных заболеваний из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза.

2) «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода.

3) «Сопутствующие заболевания».

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием даты проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились. Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции и др.)», а должно быть указано полное наименование 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.

Нерубрифицированный клинический диагноз непригоден для кодирования и статистического анализа, а при летальном исходе не подлежит сопоставлению (сличению) с патологоанатомическим. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза независимо от результатов патологоанатомического вскрытия выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине — неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

1.4. В рубриках диагноза «Основное заболевание» и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно — синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей патогенеза или танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными и другими данными.

1.5. Конкурирующие заболевания — это равноценные по тяжести нозологические единицы (травмы), которыми одновременно страдает больной и по поводу которых проводятся (проводилось) обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью (или страдал умерший и каждая из них несомненно могла привести к смерти).

Сочетанные заболевания — это взаимно отягощающие друг друга нозологические единицы или травмы, которыми одновременно страдает больной и по поводу которых проводятся (проводилось) обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью (или которые одновременно привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода).

Фоновым заболеванием является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий патогенез с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение (при летальном исходе — способствовало возникновению смертельных осложнений основного заболевания, приведших к летальному исходу). При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие.

Понятия «фон» и «фоновое заболевание» неравнозначны. Например, для различных ишемических поражений сердца, головного мозга и др. (нозологические единицы из групп ИБС, ЦВБ и др.) наиболее частыми фоновыми заболеваниями являются виды артериальной гипертензии и сахарного диабета. Однако недопустимо указывать в таких ситуациях фоновым заболеванием, например, хроническую алкогольную интоксикацию.

В случаях, когда основное заболевание представлено двумя и более нозологическими единицами, при оформлении диагноза первую рубрику обозначают не как «Основное заболевание», а как «Комбинированное основное заболевание».

Далее указывают: конкурирующие заболевания или сочетанные заболевания или основное заболевание и после него — фоновое заболевание и перечисляют каждое из них с красной строки (можно ограничиться номерами — цифрами 1, 2 и т. д.).

1.6. Все болезни, входящие в состав комбинированного основного заболевания, оцениваются как равноправные, тем не менее, принципиальное значение имеет та, которая выставлена на первом месте. Так, в большинстве статистических разработок при отборе «первоначальных причин смерти» учитывается только та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте в рубрике «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание».

При летальном исходе она же должна быть записана как первоначальная причина смерти в части I пункта 19 медицинского свидетельства о смерти (вторая нозологическая единица — конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевание — если она имеется, записывается и кодируется в части II пункта 19 медицинского свидетельства о смерти).

При прочих равных условиях, среди конкурирующих или сочетанных заболеваний предпочтение имеет и на первое место в диагнозе выставляется нозологическая единица:

1) более тяжелая по характеру или осложнениям (при летальном исходе — имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти);

2) более значимая в социальном и санитарно-эпидемиологическом плане (инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.);

3) потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

1.7. Осложнения основного заболевания — это нозологические единицы (например, очаговая пневмония), травмы, синдромы и симптомы (например, недостаточность кровообращения), патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнения основного заболевания определяются также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти.

Проявления основного заболевания стереотипны, а осложнения индивидуальны. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко определена. Например, синдром портальной гипертензии при циррозе печени или легочное сердце при ХОБЛ логично считать проявлениями основного заболевания, однако допускается перенос их в рубрику осложнений.

Не допускается указание метастазов новообразований (т.е. стадии прогрессии опухоли) в рубрике их осложнений. Не допускается подменять осложнения описанием механизма смерти. Перечислять осложнения можно в патогенетической или временной последовательности. При летальном исходе среди всей группы осложнений основного

заболевания выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

1.8. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием даты и 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, которые указываются в этой же подрубрике.

1.9. Сопутствующие заболевания — это одна или несколько нозологических единиц, которые в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи (или при наступлении летального исхода) не были непосредственно связаны с основным заболеванием (в случае летального исхода играли роль в танатогенезе). При этом по поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.

1.10. Не допускается в качестве основного или сопутствующего заболеваний указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «Острая ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «стенокардия (с уточнением ее формы)», «постинфарктный кардиосклероз», «атеросклеротический кардиосклероз», «острое нарушение мозгового кровообращения по ... типу в бассейне ...», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

Не допускается в качестве основного заболевания указывать «острую» или «хроническую сердечную (сердечно-сосудистую) недостаточность и другие сходные патологические процессы, которые не являются нозологическими единицами, а представляют собой осложнения каких-либо заболеваний или описывают механизм наступления смерти.

Не допускается употребление в любой рубрике диагноза терминов «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный или



распространенный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных артерий и органов. Только атеросклероз аорты, почечных артерий или артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.). Для таких случаев в МКБ-10 имеются соответствующие коды.

Не допускается представлять в диагнозе атеросклероз (артерий органов, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти органные поражения выделены в современных классификациях как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклеротическое поражение артерий этих органов (стенозирующий атеросклероз) указывается в рубрике «Основное заболевание» или «Сопутствующее заболевание» сразу после формулировки нозологической формы в качестве проявления данного заболевания.

Не допускается подменять термином «токсический» термин «алкогольный» при соответствующих нозологических единицах из группы алкогольных висцеропатий (алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия и др.). Не допускается сокрытие патологии, связанной с наркотическими и другими экзогенными факторами.

Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также неточных: «смешанная энцефалопатия», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и им подобных.

1.11. Распространенной формой формулировки клинических диагнозов при ишемической болезни сердца остается запись термина «Ишемическая болезнь сердца (ИБС)», иногда «острая» или «хроническая ИБС», начинающие рубрику основного заболевания. Это допустимо только при наличии уточнения нозологической единицы сразу после группового понятия «ИБС». Должно быть указано «ключевое слово» — нозологическая единица, подлежащая кодированию по МКБ-10. Так как «ИБС» — это групповое понятие, то при кодировании и статистической обработке по требованиям МКБ-10 диагноз «ИБС» трактуется как неуточненное заболевание из группы ишемических болезней сердца (код с последним знаком — .9). Такая формулировка допустима в исключительных случаях при полном отсутствии клинической информации и требует специального разбора на клинико-экспертной комиссии.

Нозологические единицы из группы ИБС исключают, если выявленные ишемические повреждения миокарда (инфаркт миокарда) и их

исходы, (кардиосклероз) обусловлены коронариитами и миокардитами различной этиологии, тромбозоболоческими осложнениями других заболеваний (например, инфекционного или ревматического эндокардитов), травматическими повреждениями, первичной опухолью сердца или метастазами опухолей, пороками развития сердца или коронарных артерий. В частности, аневризму коронарной артерии сердца с разрывом и развитием гемотампонады сердца не следует относить к заболеваниям из группы ИБС.

В комбинированном основном заболевании нозологические единицы из группы острых ишемических болезней сердца (варианты стенокардии, инфаркта миокарда) имеют как медико-социальный, так и танатогенетический (при летальном исходе) приоритет и, по возможности, выставляются на первое место, если, конечно, другие особенности наблюдения не диктуют иной формулировки диагноза.

В МКБ-10 предусмотрена рубрика «Внезапная сердечная смерть (ВСС)» (код I 46.1). ВСС — это групповое понятие. Спектр патологии, обуславливающей ВСС, весьма широк (нозологические единицы из групп ИБС, кардиомиопатий, миокардитов, пороков развития сердца и сосудов, синдромы Вольфа-Паркинсона-Уайта, Бругада, удлинения интервала Q-T и др.). Самой частой разновидностью ВСС является внезапная коронарная смерть, шифруемая кодом I 24.8. Рубрику «ВСС» следует использовать в крайне редких случаях, когда характер патологического процесса (заболевания), лежащего в основе поражения сердца, не удастся установить, а также при стопроцентном исключении насильственного характера смерти.

1.12. При новообразованиях основным заболеванием (в т.ч. в составе комбинированного основного заболевания), становится только то, которое действительно явилось поводом обследования или лечения во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью (или при летальном исходе — первоначальной причиной смерти). В других случаях новообразование указывают как сопутствующее заболевание.

При диагностике новообразований важно проявить как онкологическую настороженность, так и исключить возможность гипердиагностики онкологического заболевания. «Золотым стандартом» диагностики является гистологическое исследование опухоли.

При онкологических заболеваниях важно дифференцировать поражения органов кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д., развившиеся в результате паранеопластических синдромов и в терминальном периоде заболевания (нарушения свертываемости крови и др.), и самостоятельные болезни этих органов, совпавшие с ними по времени (нозологические единицы из группы ишемических болезней сердца, цереброваскулярных заболеваний и др.).

Например, инфаркт миокарда в первом случае следует указать в рубрике «Осложнения» для новообразования (при гиперкоагуляционном синдроме с тромбозом коронарной артерии), во втором — в рубрике комбинированного основного заболевания, как нозологическую единицу из группы ишемических болезней сердца и, нередко, первоначальную причину смерти онкологического больного.

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

В диагнозе для тех опухолей, где это необходимо в соответствии с современными классификациями, требуется указать стадию злокачественного новообразования по международной системе TNM (стадии онкологического заболевания, обозначаемые цифрами «1, 2, 3, 4» — не удовлетворяют современной формулировке диагноза).

В медицинском свидетельстве о смерти предусмотрено использование только кодов (шифров) новообразований, указанных в МКБ-10.

Однако, для гистологической верификации опухоли или для уточнения ее топографии (используется, главным образом, в заключениях при исследовании биопсийного и операционного материала) следует применять шифры Международной классификации болезней в онкологии (МКБ-О).

1.13. Не все понятия и коды МКБ-10 допустимо использовать для формулировки и кодирования основного заболевания. В МКБ-10 включены не только нозологические единицы, но и синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм. Многие из них предназначены для кодирования причин обращения за врачебной помощью, для статистического анализа патологических состояний, явившихся причинами госпитализации, когда еще не ясен диагноз.

1.14. При кодировании (шифровке) классы заболеваний, сгруппированные по нозологическому и патогенетическому принципам, имеют приоритет перед классами, сгруппированными по органно-системному принципу. Классы «Беременность, роды и послеродовый период», «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» имеют приоритет перед другими. Поэтому, например, болезни органов пищеварения или другие заболевания (за редким исключением),

возникшие в ходе беременности, родов и послеродового периода, шифруются кодами только класса XV «Беременность, роды и послеродовый период» (коды O 00 — O 99).

Примечания к кодированию, которые касаются только заболеваемости или только смертности, приведены в специальных разделах МКБ-10 (том 2).

При обострении хронического заболевания, если иное не предусмотрено специальным кодом МКБ-10, шифруется острая форма болезни. Например, при обострении хронического холецистита кодируется острый холецистит (но это правило не имеет отношения, в частности, к гастриту, колиту и др.).

1.15. Ятрогении (ятрогенные патологические процессы, патология диагностики и лечения) — групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические единицы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения. При ятрогенных патологических процессах правила формулировки диагноза и их кодирования по МКБ-10 подчиняются общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях. Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в клиническом диагнозе в любых рубриках, в зависимости от их тяжести (при летальном исходе — роли в танатогенезе).

Категорически запрещается употреблять термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные в каких-либо из рубрик диагноза, медицинском свидетельстве о смерти. 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 учреждений.

1.16. Психиатрические заболевания указывают в качестве основного заболевания, если они сами или их осложнения явились причиной оказания медицинской помощи, а в случае летального исхода привели больного к смерти. Если больной скончался от соматического заболевания, не связанного с психическими нарушениями, то именно оно учитывается как основное заболевание (первоначальная причина смерти). Наличие психиатрических заболеваний, патологических процессов, вызванных алкоголем или наркоманией и не имевших значения в танатогенезе, указывается в рубрике «Сопутствующие заболевания» и имеет приоритет в оформлении части II пункта 19 медицинского свидетельства.

ства о смерти (письмо Минздравсоцразвития России «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией» от 27.07.05 г. №3540-ВС).

Психические и поведенческие расстройства, поражения внутренних органов, вызванные употреблением алкоголя, представляют собой групповое понятие «алкогольная болезнь». В нее входят родовые понятия, стадии алкогольной болезни, каждая из которых представлена группами нозологических единиц с соответствующими кодами МКБ-10: острая алкогольная интоксикация — отравление алкоголем или его суррогатами (нередко на фоне хронического алкоголизма или хронической алкогольной интоксикации); хроническая алкогольная интоксикация (приравнивается к понятию «бытовое пьянство») с алкогольным поражением органов (алкогольные висцеропатии); хронический алкоголизм.

При наступлении летального исхода отравление алкоголем (этанолом) и его суррогатами является предметом судебно-медицинской экспертизы, все другие умершие направляются на патологоанатомическое вскрытие (если это предусмотрено нормативными документами).

При хроническом алкоголизме и хронической алкогольной интоксикации в зависимости от тяжести поражения на первый план обычно выходит алкогольное поражение одного из органов (орган-мишень). Алкогольная патология органа-мишени является первоначальной причиной смерти в случаях летальных исходов. Обычно при этом имеются проявления патологических процессов, вызванные алкоголем, также в ряде других органов и систем, но уступающих по тяжести и роли в танатогенезе.

Формулировка диагноза при алкогольной болезни основана на разделении хронического алкоголизма, острой и хронической алкогольной интоксикации, учитывает полиорганность их проявлений.

Острая алкогольная интоксикация (отравление алкоголем и его суррогатами) всегда выставляется в диагнозе как основное заболевание — самостоятельная нозологическая единица (первоначальная причина смерти) и шифруется кодами класса XIX МКБ-10 (дополнительный код класса XX) и требует проведения судебно-медицинской экспертизы.

Диагноз «хронический алкоголизм» может быть выставлен только в следующих случаях:

- в медицинской карте больного имеется запись специалиста (врача-психиатра или нарколога) об установлении диагноза «хронический алкоголизм»;
- в медицинской карте имеется запись об алкогольном делирии или иных формах алкогольного психоза;
- в медицинской карте имеется запись о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по поводу хронического алкоголизма.

Хроническая алкогольная интоксикация — системное (генерализованное) заболевание, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы. После указания в диагнозе этого группового понятия и двоеточия, далее в порядке убывания тяжести поражения перечисляется алкогольная органная патология — алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и т. д.

При хроническом алкоголизме (или хронической алкогольной интоксикации) в случаях, когда доминирует (или при летальном исходе первоначальной причиной смерти явилось) тяжелое поражение одного органа-мишени (а изменения прочих органов не существенны), в качестве основного заболевания следует выставлять нозологическую единицу, отражающую поражение органа-мишени. В отличие от хронического алкоголизма, диагноз «хроническая алкогольная интоксикация» или алкогольного поражения любого органа может быть впервые выставлен врачом любой специальности, а не только психиатром или наркологом.

Пневмония у больных хроническим алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией, согласно МКБ-10, указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания» (часто бывает смертельным осложнением — непосредственной причиной смерти), за исключением случаев хронического обструктивного бронхита в стадии обострения с бронхопневмонией, а также крупозной пневмонии (долевой, бактериальной этиологии, по МКБ-10), которые всегда традиционно выставляются как основное заболевание. При этом хронический алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением органных поражений помещаются в рубрику фонового заболевания.

## **2. Правила оформления медицинского свидетельства о смерти**

2.1. При оформлении «Медицинского свидетельства о смерти» (форма №106/У-98) используют понятия «первоначальная причина смерти» и «непосредственная причина смерти».

Первоначальная причина смерти — это: а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Согласно законодательству РФ в качестве первоначальной причины смерти от травмы указывают ее вид.

В заключительном клиническом диагнозе первоначальная причина смерти — это основное заболевание при монокаузальной структуре диагноза или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании.

Непосредственная причина смерти — это смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти), которое также указывается в соответствующем пункте медицинского свидетельства о смерти. Могут встретиться летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений.

2.2. Форма медицинского свидетельства о смерти является международной и содержит для записи причины смерти пункт 19 (и пункт 10 на корешке свидетельства), части I, (строки «а», «б», «в», «г») и II, а напротив них — пустые ячейки, предназначенных для указания времени развития патологического процесса и кода по МКБ-10.

При заполнении пункта 19 (и п.10 корешка свидетельства) «Причины смерти» необходимо соблюдать следующий порядок записи. Из заключительного клинического диагноза выбирается первоначальная причина смерти — одна нозологическая единица (реже — синдром) — основное заболевание (или первое заболевание в составе комбинированного основного заболевания). Эта первоначальная причина смерти с ее осложнениями (т. н. «промежуточной» и непосредственной причинами смерти) указываются в подпунктах «а-в» части I пункта 19 свидетельства. В части II пункта 19 свидетельства указываются прочие важные патологические процессы: второе заболевание в составе комбинированного, наличие алкогольной или наркотической интоксикации или важнейшие сопутствующие заболевания. В свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния, а отбирается только необходимая информация.

В каждом подпункте части I пункта 19 указывается только один патологический процесс, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только в случаях, если причиной смерти являются травмы и отравления (указывается при судебно-медицинской экспертизе). Заполнение части I пункта 19 свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпунктов в) или б). Затем выбираются 1—2 осложнения, из которых составляют логическую последовательность и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. В подпункте а) указывается смертельное осложнение.

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других

строках — б) или даже а), если основное заболевание самостоятельно, без осложнений привело к смерти. В любом случае, первоначальная причина смерти — это самая нижняя запись в части I пункта 19.

Часть II пункта 19 включает нозологические единицы или синдромы (сочетанное, конкурирующее, фоновое, а при отсутствии — возможно и важнейшее сопутствующее заболевание, если это целесообразно), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти. В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата). Хотя количество записываемых состояний не ограничено, но желательно указывать не более 2-х.

2.3. Не допускается включать в медицинское свидетельство о смерти в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших (но это не относится, например, к острой сердечно-сосудистой недостаточности при инфаркте миокарда или хронической — при постинфарктном кардиосклероза и т. д.).

2.4. В свидетельстве кодируются по МКБ-10 все заполненные строки частей I и II пунктов 19 (и 10 корешка свидетельства). Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10, «Инструкции Департамента здравоохранения города Москвы по патологоанатомической службе», 2007), письмах Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. №14-6/10/2-178 и от 26.04.2011 г. №14-9/10/2-4150, а также в справочнике «Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов» (Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., М.: «МИА», 2-е изд., 2011).

2.5. При заполнении ячеек (клеток) кодовой таблицы для кодирования причин смерти по МКБ-10 в пункте 19 медицинского свидетельства о смерти, коды следует указывать в ячейках строго напротив строк, где имеются записи о первоначальной, промежуточной и непосредственной причинах смерти (в части I) и строго напротив части II для второй и прочих нозологических единиц. Заполнять следует все ячейки (знак «.» в коде занимает свою ячейку), если иное не предусмотрено МКБ-10 (имеются коды из 3-х знаков).

2.6. В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени (минут, часов, полных дней, недель, месяцев, лет). При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже.



Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). Следует особенно внимательно подходить к заполнению этого пункта. Если имеются сомнения в точности данных, также как и при их отсутствии, в этой графе ставится прочерк или делается запись «неизвестно».

2.7. Оформление медицинского свидетельства о смерти и кодирование по МКБ-10 при алкогольной болезни имеет свои особенности. Острая алкогольная интоксикация (отравление этанолом и суррогатами алкоголя) указывается как первоначальная причина смерти судебно-медицинским экспертом в части I пункта 19 медицинского свидетельства о смерти и шифруется кодом T 51 из класса XIX МКБ-10.

В случаях, когда первоначальной причиной смерти является собственно «хронический алкоголизм», в зависимости от конкретных особенностей наблюдения (делирий, психотические расстройства, хронический алкоголизм без уточнений) — именно эти нозологические единицы указываются в части I пункта 19 свидетельства о смерти и используются коды F 10.0 — F 10.5 из класса V МКБ-10.

В случаях диагнозов с перечислением в основном заболевании пораженных алкоголем органов, в свидетельстве о смерти указывается и кодируется нозологическая единица (первоначальная причина смерти), связанная с наиболее пораженным органом, выставленная после дробного в основном заболевании после группового понятия «хронический алкоголизм с полиорганными проявлениями: ... » или «хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: ... » .

Если в качестве основного заболевания вынесена одна из нозологических единиц — алкогольных органных поражений, а хронический алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением прочих пораженных органов представлены как фоновое заболевание, то указывается в части I пункта 19 свидетельства о смерти и кодируется именно та нозологическая единица, которая выставлена как основное заболевание — первоначальная причина смерти. В этих случаях хронический алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация (в соответствии с тем, что записано в диагнозе) указывается в части II пункта 19 свидетельства о смерти.

### **3. Правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов**

3.1. Понятия «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сопоставления (сличения) рубрик «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание». Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по осложнениям, по смертельному осложнению

(непосредственной причине смерти), основным сопутствующим заболеваниям проводится отдельно и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов, а указывается дополнительно, например, диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение (или сопутствующее заболевание).

3.2. В медицинской карте амбулаторного больного должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз. Отсутствие в амбулаторной карте заключительного клинического диагноза — существенный дефект оформления медицинской, документации, что рассматривается как расхождение диагнозов по II категории (субъективные причины — неправильные формулировка или оформление клинического диагноза). В случаях, когда заключительный клинический диагноз сформулировать не представлялось возможным, и тело умершего было направлено на патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие для установления причины смерти, сопоставления диагнозов не производится, и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на клинико-экспертных комиссиях.

Нерубрифицированные или со знаком вопроса клинические диагнозы не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим или судебно-медицинским, что также рассматривается как расхождение диагнозов по II категории (субъективные причины — неправильные формулировка или оформление клинического диагноза).

3.3. При решении вопроса о совпадении или расхождении диагнозов сличаются все нозологические единицы, указанные в составе основного заболевания. При комбинированном основном заболевании недиагностированное любое из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний, а также их гипердиагностика представляют собой расхождение диагнозов. В патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах, по сравнению с клиническим, может измениться очередность конкурирующих или сочетанных заболеваний (то, которое было на первом месте перейдет на второе и наоборот). Этого следует избегать и в случаях совпадения диагнозов оставлять очередность, принятую в заключительном клиническом диагнозе. Однако если есть убедительная объективная причина для изменения очередности нозологических форм в диагнозе, но все нозологические единицы, входящие в комбинированное основное заболевание совпадают, выставляется совпадение диагнозов.

3.4. Расхождением диагнозов считается несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по ее сущности (наличие в патологоанатомическом диагнозе другой нозологии — гиподиагностика или отсутствие данной нозологии — гипердиагностика), по локализации (в том числе в таких органах, как желудок,

кишечник, легкие, головной мозг, матка и ее шейка, почки, поджелудочная железа, сердце и др.), по этиологии, по характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта — ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние), а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики. Факт поздней (несвоевременной) диагностики устанавливается коллегиально, во время проведения клинико-экспертной комиссии.

3.5. При расхождении диагнозов указывают категорию расхождения (категория диагностической ошибки) и причину расхождения (одну из групп объективных и субъективных).

3.6. Категории расхождения диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания. Хотя определения категорий расхождения диагнозов были разработаны для госпитальной летальности, они могут быть использованы и для внебольничной.

I категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

II категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

III категория расхождения диагнозов — в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания. Не следует приравнивать к ятрогениям случаи расхождения диагнозов, в частности, по III категории.

3.7. Независимо от категории расхождения выделяют причины расхождения диагнозов (объективные и субъективные). Объективные причины расхождения диагнозов включают в себя следующие:

1. Кратковременность пребывания больного в медицинском учреждении (краткость пребывания). Эта причина используется только для анализа госпитальной летальности.

2. Трудность диагностики заболевания. Использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но атипичность, стертость проявлений болезни и редкость заболевания не позволили выставить правильный диагноз.

3. Тяжесть состояния больного. Диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания).

Субъективные причины расхождения диагнозов включают в себя следующие: недостаточное обследование больного, недоучет анамнестических данных, недоучет клинических данных, неправильная трактовка (недоучет или переоценка) данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования, недоучет или переоценка заключения консультанта, неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза, прочие.

3.8. Следует указывать только одну, главную причину расхождения диагнозов, так как заключение, содержащее несколько причин одновременно (сочетание объективной и субъективной причин) крайне затрудняет последующий статистический анализ.

3.9. Окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально, клинико-экспертной комиссией или клинико-анатомической конференцией. В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии, это фиксируется в протоколе заседания и вопрос передается в вышестоящую комиссию. На основе коллегиального (комиссионного) решения в исключительных случаях допускается переквалификация случаев расхождения (или совпадения) клинического и патологоанатомического диагнозов в категорию совпадения (или, соответственно, расхождения).