

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

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


О.В.Зайратьянц
« » 2019г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамент здравоохранения
города Москвы



« 09 » июля 2019г.

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС IX. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.
ЧАСТЬ 1. БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ
КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

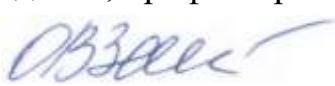
Методические рекомендации № 49

Москва 2019

**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 IX. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.
ЧАСТЬ 1. БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ
КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

Методические рекомендации № 49

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 IX. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.
ЧАСТЬ 1. БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ
КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ**

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 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 «Х» (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 органные поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы. Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз

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

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

- 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 ятогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза (Пример 5). В МСС реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, а также их осложнения не выносятся.

Пример 5

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

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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 покрышки и кровоизлиянием в устье левой коронарной артерии)

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) —.

в) —.

г) —.

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

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

Пример 7

Основное заболевание: **Изъязвленный субтотальный рак желудка (C16.8)** с обширным распадом опухоли (биопсия – умеренно дифференцированная 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 артерии). 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 T82.6 («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 1 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 ниже¹.* Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

Записи в корешке МСС, остающимся 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 IX. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

ЧАСТЬ 1. БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОВЫШЕННЫМ КРОВЯНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Под термином «артериальная гипертензия» подразумевают синдром повышения артериального давления («артериальную гипертонию») при гипертонической болезни или вторичных (симптоматических) артериальных гипертензиях. Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф.Лангом в 1948 г., соответствует нередко употребляемому международному понятию «эссенциальная (артериальная) гипертензия».

В русскоязычных версиях МКБ-10 1995 и 2016 гг. применен еще один международный синоним – «гипертензивная болезнь», не получивший распространения в отечественной медицине.

Под гипертонической (гипертензивной) болезнью принято понимать самостоятельную нозологическую форму, хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия, не связанная с наличием заболеваний и патологических процессов, при которых повышение артериального давления (АД) обусловлено известными, в современных условиях часто устранимыми причинами (вторичные или симптоматические артериальные гипертензии).

Около 10% артериальных гипертоний являются вторичными или симптоматическими — то есть вызванными определенными причинами (заболеваниями). Среди вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий наиболее частыми (до 50% наблюдений) являются ренальные.

Существует достаточно много классификаций вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий, одна из которых представлена в большинстве клинических рекомендаций (Таблица 1).

Таблица 1

Классификация артериальной гипертензии (АГ) по этиологии

Первичная АГ (эссенциальная АГ, гипертоническая болезнь, гипертензивная болезнь)	
Вторичные АГ (симптоматические):	
Ренальные: 1. Ренопаренхиматозные (почечные) 2. Реноваскулярные 3. АГ при ренин-продуцирующих опухолях 4. Ренопривная АГ (после нефрэктомии)	Эндокринные: · Надпочечниковые (при патологии их коры – синдром Кушинга, при патологии мозгового вещества – феохромоцитома) · Тиреоидные (при гипер- или гипотиреозе) · АГ при акромегалии, гиперпаратиреозе, нейро-эндокринных опухолях · АГ на фоне приема экзогенных гормональных препаратов (эстрогенов, глюко- и минералокортикоидов, симпатомиметиков)
АГ при коарктации аорты	АГ, обусловленная беременностью
АГ, связанная с неврологическими причинами (при воспалительных и опухолевых поражениях центральной нервной системы)	АГ, обусловленная повышенным сердечным выбросом (например, изолированная систолическая АГ при повышенной жесткости стенки аорты у пожилых, АГ при недостаточности клапана аорты, АГ при наличии артерио-венозной fistулы)

Стандартным требованием для формулировки **клинического диагноза гипертонической болезни (артериальной гипертензии)** является указание степени ее тяжести (степени повышения АД), стадии и степени дополнительного сердечно-сосудистого риска (степени риска развития ишемических поражений головного мозга, сердца и т.д.). Степень повышения АД обязательно указывается у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент находился в стационаре, то в диагнозе указывается степень АГ на момент поступления. Для этого принято учитывать наличие у пациента наряду с артериальной гипертензией также факторов сердечно-сосудистого риска, поражений органов-мишеней и сопутствующих заболеваний (Таблица 2).

Таблица 2

Стратификация риска у больных артериальной гипертонией

		Артериальное давление (мм рт.ст.)		
		АГ 1 степени САД 140-159 или ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 или ДАД 100-109	АГ 3 степени САД \geq 180 или ДАД \geq 110
Стадия ГБ	Другие факторы риска, бессимптомное поражение органов-мишеней или ассоциированные заболевания			
Стадия I (неосложненная)	Других факторов риска нет	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
	1-2 фактора риска	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск
	3 и более факторов риска	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск
Стадия II (бессимптомная)	Субклиническое ПОМ, ХБП 3 ст. или СД	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
Стадия III (осложненная)	ССЗ, ЦВБ, ХБП \geq 4 ст. или СД с ПОМ или факторами риска	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Примечания: АД - артериальное давление, АГ - артериальная гипертензия, ХБП - хроническая болезнь почек, СД - сахарный диабет; ДАД - диастолическое артериальное давление, САД - систолическое артериальное давление, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ЦВБ – цереброваскулярные болезни, ХБП – хроническая болезнь почек.

Стадии гипертонической болезни в России традиционно выделяют по классификации, предложенной А.Л.Мясниковым. Отечественные и международные рекомендации сохраняют выделение таких трех стадий заболевания для обозначения изменений органов-мишеней, обусловленных артериальной гипертензией. I стадия предполагает отсутствие поражения органов-мишеней, II стадия – присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней. Диагноз III стадии устанавливается при наличии клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, церебро-васкулярных болезней, хронического поражения почек. Классификация стадий артериальной гипертензии в различных клинических рекомендациях 1993-1999 гг. и актуальная до настоящего времени, представлена в Таблице 3.

Таблица 3

Классификация стадий артериальной гипертензии

<i>Стадии артериальной гипертензии</i>	
I стадия	<i>Отсутствие объективных признаков поражения органов-мишеней</i>
II стадия	<p><i>Наличие по меньшей мере одного из следующих признаков поражения органов-мишеней:</i></p> <p>Пульсовое давление (у лиц пожилого и старческого возраста) ≥ 60 мм рт.ст.</p> <p>Электрокардиографические признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лайона > 3.5 мВ, RaVL > 1.1 мВ; индекс Корнелла > 2440 мм мс) или</p> <p>Эхокардиографические признаки ГЛЖ [индекс МЛЖ: > 115 г/м² у мужчин, 95 г/м² у женщин (ППТ)]^a</p> <p>Утолщение стенки сонных артерий (комплекс интима-медиа > 0.9 мм) или бляшка</p> <p>Скорость каротидно-феморальной пульсовой волны > 10 м/сек</p> <p>Лодыжечно-плечевой индекс < 0.9</p> <p>ХБП с рСКФ 30–60 мл/мин/1.73 м² (CKD-EPI 2009)</p> <p>Соотношение альбумина к креатинину (30–300 мг/г; 3.4–34 мг/ммоль) (предпочтительно в утренней порции мочи) Микроальбуминурия (30–300 мг в сутки)</p> <p>Сахарный диабет</p> <p>Глюкоза плазмы натощак ≥ 7.0 ммоль/л (126 мг/дл) при двух измерениях подряд и/или HbA1c $> 7\%$ (53 ммоль/моль) и/или Глюкоза плазмы после нагрузки > 11.0 ммоль/л (198 мг/дл)</p>

III стадия	<p>Наличие клинических проявлений поражения органов-мишеней.</p> <p>Цереброваскулярная болезнь: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака</p> <p>ИБС: инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация методом ЧКВ или АКШ</p> <p>Сердечная недостаточность, включая сердечную недостаточность с сохранной фракцией выброса</p> <p>Клинически манифестное поражение периферических артерий</p> <p>ХБП с рСКФ <30 мл/мин/1.73м² (ППТ); протеинурия (>300 мг в сутки)</p> <p>Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва</p>
---------------	--

При морфологической диагностике выделяют 3 стадии гипертонической болезни, описанные Н.Н.Аничковым:

I стадия – стадия функциональных изменений. Характеризуется небольшими и нестойкими подъемами АД, сопровождающимися спазмом, плазматическим пропитыванием, гипертрофией и гиперплазией гладкомышечных клеток стенок сосудов. Макроскопически отмечается гипертрофия левого желудочка, преимущественно выносящего тракта. Объективным критерием гипертрофии является определение сердечного индекса (соотношение массы сердца к массе тела: 0,006 - признак гипертрофии), либо раздельное взвешивание по Мюллеру (масса левого желудочка более 59%).

II стадия – стадия распространенных сосудистых изменений. Длительное и стойкое повышение АД приводит к повреждению базальной мембранны артериол (резистивные сосуды), увеличению сосудистой проницаемости, выходу белковых компонентов плазмы (инсудация) и формирование гиалиноза, который приводит к сужению просвета сосуда. Также в ответ на гемодинамическую нагрузку происходит перестройка и в более крупном артериальном звене. Это разрастание эластических волокон (гиперэластоз) с

последующим разрастанием фиброзной ткани, вытесняющей эластику (эластофиброз).

В более крупных сосудах прогрессирует атеросклероз с тенденцией к образованию нестабильных атеросклеротических бляшек.

В сердце - гипертрофия левого желудочка, возможны разные ее виды (концентрическая или эксцентрическая).

III стадия – стадия вторичных органных поражений. Для нее характерен диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, возможно в сочетании с крупноочаговым постинфарктным. В почках – артериолосклеротический или атероартериолосклеротический нефросклероз (в исходе - первично сморщенная почка).

В головном мозге обнаруживают мелкие кисты преимущественно в области подкорковых узлов (исход лакунарных инфарктов).

В сердце – расширение полостей на фоне гипертрофии и развитие морфологических признаков недостаточности кровообращения (хроническое венозное полнокровие).

Устаревшие термины «злокачественная» или «доброкачественная» артериальная гипертензия при формулировке заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов не употребляются.

Гипертонический криз — состояния с внезапным повышением артериального давления, которые неоднородны по клиническим проявлениям и прогнозу и сопряжены с риском поражения органов мишенией, которое представляет угрозу жизни или здоровью больного. Гипертонический криз может развиться как при эссенциальной, так и при вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии.

Класс IX МКБ-10 1995 г. (МКБ-10-1995) включает ряд терминов, таких, как «гипертензивная болезнь» и др., а МКБ-10 2016 г. (МКБ-10-2016) – «гипертоническая болезнь сердца», «гипертоническая болезнь почек», для

которых имеются синонимы, принятые в отечественной медицине, например, «гипертоническая болезнь» или «артериальная гипертензия». При формулировке диагноза рекомендуется использовать термины, принятые в современных отечественных классификациях и клинических рекомендациях, а для шифровки применять термины и коды МКБ-10 (1995 или, после внедрения, 2016 гг.).

Группа болезней, характеризующиеся повышенным кровяным (артериальным) давлением (коды I10 – I15 класса IX МКБ-10-1995 и 2016), содержит различные нозологические единицы и синдромы, которые могут фигурировать в разных рубриках диагноза.

Как самостоятельные нозологические формы (со своими кодами) выделены:

- гипертоническая болезнь (код I10 - «эссенциальная [первичная] гипертензия» с синонимами «гипертензия [артериальная] доброкачественная, злокачественная, первичная, системная» по терминологии МКБ-10-1995 (по МКБ-10-2016 для кодирования патологоанатомического диагноза не используется),
- в МКБ-10-1995 и 2016 - гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца) с застойной сердечной недостаточностью (код I11.0) и без нее (I11.9), гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью (код I12.0) и без нее (I12.9), гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с сердечной и почечной недостаточностью или без них (I13.0 - I13.9).

В патологоанатомической практике дифференциальный диагноз между нозологической единицей из группы «других форм хронической ишемической болезни сердца» (I25.8), ранее называемой «атеросклеротический или диффузный мелкоочаговый кардиосклероз» и шифруемой кодом I25.1, что в настоящее время запрещено, и

гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца (коды I11.- - I13.- по МКБ-10 1995 и 2016 гг.), часто представляет большую трудность.

Периваскулярный склероз и миофиброз одинаково характерны как для хронической ишемии миокарда при ишемической болезни сердца, так и для гипертрофии миокарда при артериальной гипертензии любого генеза (и ряда других заболеваний сердца и их исходов). Основными критериями являются клинические данные (например, указания на стенокардию и другие проявления ишемической болезни сердца), а также характер, стадия и степень выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца.

При дифференциальном диагнозе между первичной (эссенциальной) гипертонической болезнью и вторичными (симптоматическими) артериальными гипертензивными синдромами требуется уделять особое внимание состоянию почек, почечных артерий, органов эндокринной, нервной систем и др.

Таким образом, диагноз гипертонической болезни как основного или коморбидного (конкурирующего или сочетанного) заболевания ставится в случаях, когда отсутствуют нозологические единицы из ишемических болезней разных органов, представленные в МКБ-10 (1995 или 2016 гг.), а также вторичные артериальные гипертензивные синдромы. То есть, исключены случаи с нозологическими единицами из групп ишемических болезней сердца, головного мозга (коды I20—I69, класс IX), кишечника (коды K55.0—K55.9, класс XI), глаза (код H35.0) с развитием ишемической патологии этих органов, а также аорты и магистральных артерий нижних конечностей (коды I70—I76). *Важно уточнить, что только лишь атеросклероз коронарных артерий сердца с признаками диффузного мелкоочагового кардиосклероза (без клинических данных о стенокардии) не является основанием для отказа от диагноза гипертонической*

болезни как основного или коморбидного (конкурирующего или сочетанного) заболевания.

В патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах после указания на тот или иной вид артериальной гипертензии обязательно приводятся данные о гипертрофии миокарда (концентрической, эксцентрической, массе сердца, толщине стенок левого и правого желудочков, при необходимости – желудочковый индекс) и изменениях почек (варианты нефросклероза – артериолосклеротический, атероартериолосклеротический, пиелонефритический и т.д.), а при его выраженности с указанием массы почек и записью – первично или вторично сморщеные почки) (примеры 1 - 5).

Пример 1

Основное заболевание: Внутримозговая нетравматическая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (I61.0) (объем, дата развития гематомы). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 25%)

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III ст.: концентрическая гипертрофия миокарда (I11.9 по МКБ-10-1995 или МКБ-10-2016) (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз

Осложнения основного заболевания: Прорыв крови в полости правого бокового и III-го желудочков головного мозга (I61.5). Отек головного мозга с дислокацией его ствола (G93.5).

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. 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) Сдавление головного мозга (G93.5)

б) Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое (I61.5).

в) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.0).

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 2

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

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III ст.: эксцентрическая гипертрофия миокарда (I11.0) (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз

Осложнения основного заболевания: (I50.0) Хроническая сердечная недостаточность. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки, двусторонний гидроторакс (по 300 мл светлой прозрачной жидкости) Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —

г) —.

II. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-2019)

Пример 3

Основное заболевание: Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) переднебоковой стенки левого желудочка (I21.0) (давностью около 4 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50% левой и нестабильная, с кровоизлиянием и разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей 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 - ... г.)

Осложнения основного заболевания: Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. Гемотампонада полости перикарда (I23.0) (объем излившейся крови, мл). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь желудка, стадия ремиссии: хроническая каллезная эпителилизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Гемоперикард (I23.0)

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

в) —.

г) —.

II. Вторичная гипертензия при других поражениях почек (I15.1).

Пример 4

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца (I11.0) III ст.: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 460 г, толщина стенки левого желудочка 2,1 см, правого — 0,4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца и относительной недостаточностью митрального и трехстворчатого клапанов (диаметр или периметр левого и правого атриовентрикулярных отверстий). Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (1 степень, II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз

Осложнения основного заболевания: Хроническая сердечная недостаточность (I50.0). Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатный фиброз

печени, цианотическая индурация почек и селезенки. Двусторонний гидроторакс (по 2000 мл), асцит (5000 мл), гидроперикард (250 мл), анасарка

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью (I11.0 – МКБ-10-2019)

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 5

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (I13.2) III ст.: Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца. Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (1 степень, II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщеные почки (масса обеих почек 200 г). ХБП, стадия 5 (клинически).

Осложнения основного заболевания: Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2019) (биохимия крови —..., дата): уремический эрозивно-язвенный пангастрит, фибринозный энтероколит, фибринозный перикардит, жировая дистрофия печени. Хроническое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты, артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2016).

б) Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью (I13.2 по МКБ-10-1995), гипертензивная болезнь сердца и почек, как с сердечной недостаточностью, так и с почечной недостаточностью (I13.2 по МКБ-10-2019).

в) —.

. г) —.

II. —.

Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии — это синдромы, учитываемые в диагнозе либо как фоновые заболевания (почечная при хроническом пиелонефrite без ХПН III ст. или уремии, или реноваскулярная), либо как проявления самостоятельных нозологических единиц (основное, сочетанное, конкурирующее, сопутствующее заболевания), вызвавших артериальную гипертензию.

Синдромы вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий объединены в МКБ-10 1995 и 2016 гг. в рубрику I15 «Вторичная

гипертензия», которая включает в себя 5 групп - синдромы реноваскулярной гипертензии (I15.0), других вторичных гипертензий при других поражениях почек (I15.1), вторичных гипертензий при эндокринных нарушениях (I15.2), другие синдромы вторичной артериальной гипертензии уточненные (I15.8) и неуточненные (I15.9).

Если вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия указана в диагнозе в рубрике «Фоновое заболевание» (например, для ишемического поражения сердца или головного мозга), то необходимо в этой же рубрике представить заболевание или причину, которое ее вызвало (например, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, стенозирующий атеросклероз почечной артерии с его характеристикой). Так как главную роль в таких случаях играет не заболевание, явившееся причиной повышения АД, а сама вторичная артериальная гипертензия, то именно с нее начинается формулировка фонового заболевания (Пример 6)

Пример 6

Основное заболевание: Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (I25.8) (размеры очага склероза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стадия, степень, стеноз до 50% левой коронарной артерии).

Фоновое заболевание: Почечная артериальная гипертензия (I15.1): эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в ст. ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - ... г.). ХБП, стадия 2 (клинически).

Осложнения основного заболевания: Хроническая сердечная недостаточность (I50.0). Хроническое общее венозное полнокровие: Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический индуративный панкреатит в ст. ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Застойная сердечная недостаточность (I50.0)
б) Другие формы хронических ишемических болезней сердца (I25.8)
в) —.
г) —.
- II. Вторичная гипертензия при других поражениях почек (I15.1).

При остром пиелонефrite или хроническом пиелонефrite с ХПН III и уремией (хронической болезнью почек, стадией 5), артериальную гипертензию следует расценивать как их проявление.

Развившиеся вследствие острого пиелонефрита или хронического пиелонефрита с ХПН и уремией (хронической болезнью почек, стадией 5) поражения миокарда (метаболические некрозы или инфаркт миокарда типа 2) или головного мозга (инфаркты или, преимущественно, кровоизлияния) – следует расценивать как их осложнение.

При других видах вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий - почечной при гломерулопатиях (например, амилоидозе), гломерулонефритах, нефросклерозе (нефроциррозе) неуточненной этиологии, эндокринной, церебральной, артериальной гипертензии, осложняющей беременность, роды или послеродовый период, ятрогенных (например, при ятрогенном синдроме Кушинга) и др., поражения миокарда или головного мозга следует трактовать как осложнения основного заболевания (Примеры 7 - 15).

Пример 7

Основное заболевание: Двусторонний хронический пиелонефрит в стадии обострения (N11.8), пиелонефритически сморщеные почки (масса левой почки 50 г, правой — 78 г). ХБП, стадия 5 (клинически). Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см)

Осложнения основного заболевания: Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2019) (bioхимия крови — ..., дата); (I61.0) Внутримозговая нетравматическая гематома (размеры, дата развития) в области затылочной доли правого полушария головного мозга, отек головного мозга и легких; острый геморрагический энтероколит, двусторонняя нижнедолевая очаговая фибринозная (уремическая) пневмония; жировая дистрофия печени и миокарда

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.1)
 - б) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2016).
 - в) Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты (N11.8 по МКБ-10-1995) или Другой хронический тубулоинтерстициальный нефрит (N11.8 по МКБ-10-2019).
 - г) —.
- II. —.

Пример 8

Основное заболевание: Нефросклероз (нефроцирроз) неуточненной этиологии (N26.X) (масса левой почки 65 г, правой — 53 г). ХБП, стадия 5 (клинически). Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 480 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см).

Осложнения основного заболевания: Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2019) (биохимия крови — ..., дата); **Внутримозговая нетравматическая гематома (I61.0)** (размеры, дата развития) в области затылочной доли правого полушария головного мозга; очаги некроза миокарда (размеры) в задней стенке левого желудочка, фибринозный перикардит, острый геморрагический гастрозонтероколит, фибринозная пневмония (локализация); гипохромная анемия (Hb крови — клинически); жировая дистрофия печени и миокарда; отек головного мозга; отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.1)
б) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2019)
в) Сморщенная почка неуточненная (N26.X)
г) —.
II. —.

Пример 9

Основное заболевание: Хронический мезангiocапиллярный гломерулонефрит (N03.5), тип 3 (биопсия —..., №, дата). Нефритический синдром (показатели — ..., дата). ХБП, стадия 5 (клинически). Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 520 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,4 см). Хронический гемодиализ (число сеансов, даты)

Осложнения основного заболевания: Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2019) (биохимия крови — ..., дата); **Внутримозговая нетравматическая гематома (I61.0)** (размеры, дата развития) в области затылочной доли правого полушария головного мозга; фибринозный перикардит, острый геморрагический гастрозонтероколит; гипохромная анемия (Hb крови — клинически); жировая дистрофия печени и миокарда. Отек головного мозга; отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.1)
б) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2019).
в) Гломерулонефрит диффузный мезангiocапиллярный (N03.5).
г) —.
II. —.

Пример 10

Основное заболевание: Острый двусторонний пиелонефрит (N10.X) Почечная артериальная гипертензия...

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)
б) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.1)
в) Острый тубулоинтерстициальный нефрит (N10.X)
г) —.
II. —.

Пример 11

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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

г) —.

II. —.

Пример 12

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

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

г) —.

II. —.

Пример 13

Основное заболевание: **Диффузный токсический зоб (E05.0).** Тиреотоксикоз Артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 380 г, толщина стенки левого желудочка 2,1 см, правого — 0,2 см)

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

в) Тиреотоксикоз с диффузным зобом (E05.0)

г) —.

II. —.

Пример 14

Основное заболевание: **Синдром (болезнь) Кушинга (E24.0)** Артериальная гипертензия....

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения (E24.0)

г) —.

II. —.

Пример 15

Основное заболевание: Системная красная волчанка (M32.8) ..., длительно леченая кортикостероидами

Осложнения основного заболевания: Синдром Кушинга (E24.2) Артериальная гипертензия.... Внутримозговое кровоизлияние (I61.0) Отек головного мозга с дислокационным синдромом.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное (I61.0)

б) Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга (E24.2)

в) Другие формы системной красной волчанки (M32.8)

г) —.

II. —.

Литература

1. Автандилов Г. Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. 1971;8:66–71.
2. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. М., 1984. 25с.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994. 512с.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. М., 1987. 25с.
5. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — М.: Медицина 2007. 288с.
6. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013.
7. Геморрагический инсульт: Практическое руководство. Под ред. В.И.Скворцовой, В.В.Крылова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160с.
8. Зайратъянц 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., Зайратъянц 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.Зайратъянца. 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. Смольянников А.В., Автандилов Г.Г., Uranova Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ, 1977. 68с.

20. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратъянца, 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.: ГЕОТАР-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.