

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАНО

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



« » 2019г.

О.В.Зайратьянц

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамент здравоохранения
города Москвы



« 02 » июля 2019г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС XV. БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД**

Методические рекомендации № 55

Москва 2019

УДК _____
ББК _____
С _____

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

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

Рецензенты:

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

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

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

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

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

ISBN _____

© Коллектив авторов, 2019

Нормативные и распорядительные документы

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

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

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

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

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

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

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

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

Список сокращений

ИБС – ишемические болезни сердца (ИМ – инфаркт миокарда)

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

МСС – медицинское свидетельство о смерти

ЦВБ – цереброваскулярные болезни

СД – сахарный диабет

ХБП – хроническая болезнь почек

Введение

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

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

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

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

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

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

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

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

Диагноз должен быть:

- *структурно оформленным - рубрифицированным* (разделенным на унифицированные рубрики);

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

- *соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней* (Международной номенклатуре болезней и МКБ-10),

- *развернутым*, содержать дополнительную (интранозологическую) характеристику патологических процессов (клинико-анатомическую форму страдания, тип течения, степень активности, стадию, функциональные нарушения), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;

- *этиологическим и патогенетическим* (если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет);

- *фактически и логически обоснованным* (достоверным);

- *своевременным и динамичным* (это касается заключительного клинического диагноза).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Пример 1

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

Часть II: —.

Пример 2

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) —.

Часть II. —.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Не допускается:

- указывать в рубрике «Основное заболевание» те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-

диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику «Сопутствующие заболевания»);

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

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

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

(макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз аорты и артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета, наряду с микроангиопатией;

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

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

Пример 3

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

Фоновое заболевание: **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит

Осложнения основного заболевания: **Тромбоэмболия легочной артерии (I26.0).** Пристеночный организованный тромб в правом желудочке сердца. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких, головного мозга

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): киста в области..... Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце (I26.0)

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Пример 4

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0)** (давность около 3-х суток, размеры очага некроза 5x3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (IV стадия, 3-я степень, стеноз до 50% левой артерии, нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб длиной 2 см левой передней нисходящей артерии)

Сочетанное заболевание: **(Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга I63.3)** (атеротромботический, размеры очага некроза 6x7 см). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (IV стадия, 2-я степень, стеноз до 50% правых внутренней сонной и средней мозговой артерии, нестабильная атеросклеротическая бляшка с кровоизлияниями и красный обтурирующий тромб длиной 1,5 см правой средней мозговой артерии)

Фоновое заболевание: **Почечная артериальная гипертензия (I15.1):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого – 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - 200 г.). ХБП, стадия 2 (клинически).

Осложнения основного заболевания: **Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Некротический нефроз. Отек легких. Отек головного мозга

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

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1).
б) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда (I21.0).
в) —.
г) —.
- II. Ишемический инфаркт головного мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий (I63.3).
Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза (Пример 5). В МСС реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, а также их осложнения не выносятся.

Пример 5

Основное заболевание: **Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0)** (давностью около 8 суток, размеры очага некроза 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 левой передней нисходящей артерии)

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

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

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария. Атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз до 50% левой средней мозговой артерии), аорты (IV стадия, 3-я степень). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

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

Статистика причин смерти основана на концепции «основного состояния» («первоначальной причины смерти») и «непосредственной причине смерти». Запись причин смерти в МСС производится в строгом соответствии с установленными требованиями¹:

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

в каждом подпункте (строке) **части I пункта 19** указывается только одна причина смерти, при этом, в зависимости от конкретного летального исхода могут быть заполнены: - 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 – умереннодифференцированная аденокарцинома, №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень, легкие (T4N1M1)

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

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Левожелудочковая недостаточность (I50.1)

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

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

г) —.

II. —.

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

Пример 8

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок (R57.0).

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

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

г) —

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Рекомендуется, по возможности, использовать последний вариант оформления части I пункта 19 МСС (заполнение строк а), б) и в), так как это позволяют медицинскому статистику и другим специалистам увидеть всю «логическую последовательность» - логическую цепочку заболеваний и синдромов (состояний), приведших смерти, оценить правильность оформления МСС и, при необходимости, объективно внести коррекцию.

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

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

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

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

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

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

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

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

Названия заболеваний, синдромов, состояний указываются в п.19 МСС в терминах из Тома 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 ниже*¹. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

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

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

КЛАСС XV. БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Коды заболеваний, в том числе первоначальных причин материнской смерти объединены в МКБ-10 в специальный класс XV «Беременность, роды и послеродовой период», который содержит 8 блоков нозологических форм.

Для регистрации заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде, акушерской или экстрагенитальной причины материнской смерти должны использоваться только коды из этого класса (O00—O99), которые имеют приоритет над другими рубриками МКБ-10.

Из класса XV исключены:

- акушерский столбняк — A34;
- послеродовой некроза гипофиза — E23.0;
- травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин — S00— T98.

В русскоязычном издании МКБ-10 1995 г. из класса XV была также исключена ВИЧ-инфекция. Письмом Минздрава России от 05.12.2014 г №13-2/1664, в связи с изменениями МКБ-10, код O98.7 включен в этот класс (и русскоязычную версию МКБ-10 издания 2019 г.)

В акушерстве и гинекологии правила формулировки и сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов подчиняются, прежде всего, общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях. Заключительный клинический диагноз в истории болезни (родов) и патологоанатомический диагноз формулируются по единым принципам, случаи материнской смертности оформляются с применением терминов МКБ-10.

При летальном исходе основное заболевание определяется как нозологическая форма (заболевание, реже – синдром, ятрогенный патологический процесс) — причина, вызвавшая цепь болезненных процессов,

непосредственно приведших к смерти беременной, роженицы или родильницы. Основное заболевание – это болезнь (нозологическая форма в редакции МКБ-10), характеризующая первоначальную причину смерти (см. раздел «Общие положения» данных методических рекомендаций).

В акушерстве основное заболевание определяется как болезнь или ятрогенная причина, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти беременной, роженицы и родильницы. В структуре заключительного клинического диагноза рубрика «Основное заболевание» определяет клиническое мышление врача, верно или неверно акушер-гинеколог обозначил главное звено в цепи патологических процессов, был ли использован весь необходимый арсенал лечебно-диагностических мероприятий. У некоторых женщин с неблагоприятным анамнезом и длительным течением нескольких заболеваний трудно определить единственную первоначальную причину смерти, в связи с чем акушеры-гинекологи фиксируют в этой рубрике две или более нозологические формы, что неверно. Нередко подобный «поликаузальный» подход является результатом неглубокого анализа клинических проявлений.

Типичными ошибками при установлении акушером-гинекологом первоначальной причины смерти в заключительном клиническом диагнозе являются следующие:

- заключительный клинический диагноз оформлен в виде хронологического перечня клинических состояний, оперативных вмешательств и осложнений без необходимой его рубрификации, либо в рубрике «Основное заболевание» имеется только указание на беременность с ее сроком (вместо патологического процесса). Такой диагноз расценивается как неверно оформленный, поскольку он не пригоден для статистического анализа и сопоставления с патологоанатомическим диагнозом.

- в рубрике «Основное заболевание» приводится не нозологическая форма (по МКБ-10), а осложнение, в том числе несмертельные осложнения беременности, такие как состояние физиологической незрелости, раннее излитие околоплодных вод, первичная слабость или дискоординация родовой деятельности, тазовое предлежание, узкий таз и т.д. В таком случае происходит подмена основного заболевания его осложнением, или фоновым, или сопутствующим заболеваниями.

- некорректная формулировка основного заболевания, например, в рубрике «Основное заболевание» записано: «Беременность 4-я; 33-34 недели. Длительно протекающая водянка беременных на фоне ожирения. Эклампсия». В данном случае следует оставить только эклампсию, поскольку эклампсия — тяжелое, потенциально смертельное заболевание и поглощает несмертельную форму водянки беременных.

- основным заболеванием записываются обобщающие понятия, например, такие как «Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности», без уточнения конкретной нозологической формы, которая приведена в МКБ-10. Обобщающие понятия не могут фигурировать ни в одной из рубрик диагноза.

Кроме перечисленных рубрик в заключительном клиническом диагнозе при акушерской патологии необходимо указывать и другие подрубрики — оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия и интенсивную терапию с их осложнениями, патологию плода и последа, а также указание о продолжительности послеродового периода (аборта, внематочной беременности). Так, после основного заболевания (допустимо отдельной строкой) указывается вид и дата оперативного вмешательства, если операция была направлена на его устранение. В том случае, когда оперативные вмешательства были направлены на устранение осложнений основного

заболевания, то их нужно представить (также допустимо отдельной строкой) в рубрике «Осложнения основного заболевания».

Осложнения основного заболевания определяют как патологический процесс, патогенетически или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и нередко являющийся непосредственной причиной смерти. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют *одно важнейшее – смертельное осложнение* (см. раздел «Общие положения» данных методических рекомендаций).

В заключительном клиническом диагнозе отдельной строкой (подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» обязательно указывают в виде отдельной подрубрики «Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия и их осложнения». Например: «ИВЛ с длительностью в днях, осложнения гемотрансфузий и наркоза», кроме тех ситуаций, когда они становятся основным ятрогенным заболеванием.

«Сопутствующие заболевания» не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступают ему в степени необходимости оказания медицинской помощи и не являются причиной смерти, т.е. *сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений* (см. раздел «Общие положения» данных методических рекомендаций).

Патология плода и последа указываются в специальной строке (подрубрике) после рубрики «Сопутствующие заболевания»: антенатальная гибель плода и степень мацерации, целостность родившегося или удаленного при операции последа и т.д. Продолжительность послеродового периода от момента самопроизвольных родов или оперативного родоразрешения до момента смерти указывается в полных часах (первые сутки) или полных днях.

ВОЗ определяет материнскую смерть как обусловленную беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации)

смерть женщины, наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью,отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникший причины. По рекомендации ВОЗ расчёт материнской смертности производится путём умножения количество умерших беременных, рожениц и родильниц на 100.000 и деления полученного производного на количество живорождённых детей.

Случаи материнской смерти подразделяются на две группы:

- *смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами:* смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (то есть беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

- *смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами:* смерть в результате существовавшей прежде болезни или заболевания, развившегося в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенного физиологическим влиянием беременности.

В случаях смерти, связанной с акушерскими причинами, применяются рубрики O00— O95 (в этом классе имеются также рубрики: O96 - смерть от любой акушерской причины спустя более 42 дней, но менее 1 года после родов, O97 – смерть от последствий прямых акушерских причин более, чем через один год после родов)

Среди причин материнской смерти при прерывании беременности до 154 дней (21-й недели и 6 дней) наиболее частыми являются *эктопическая (чаще, трубная) беременность (O00.-), кровотечения, септические и другие осложнения после аборта, реже – пузырьный занос (O01.-).*

При прерывании беременности используется следующая классификация (МКБ-10-1995 и МКБ-10-2019):

- самопроизвольный аборт (O03);
- медицинский аборт (O04), включая по желанию женщины и по медицинским показаниям;
- другие виды аборта (например, криминальный – O05)
- неуточненный аборт (O06).

С целью указания осложнений необходимо использовать четвертые знаки. Например, O03.0 – неполный самопроизвольный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей (используются состояния, классифицированные в рубрике O08.-, которые самостоятельно применяются только для кодирования заболеваемости).

Неудачная попытка аборта (O07) – неудачная попытка искусственного аборта, после которого беременность прогрессирует (исключен неполный аборт). При наличии осложнений необходимо классифицировать их четвертыми знаками.

Среди вызванных беременностью заболеваний, сопровождающихся отеками, протеинурией и гипертензией, смертельными формами являются тяжелая *преэклампсия* (O14.1), *HELLP синдром* (H - гемолиз, EL — повышенный уровень ферментов печени и LP — тромбоцитопения; код – O14.2) и *эклампсия* во время беременности (O15.0), в родах (O15.1) и в послеродовом периоде (O15.2). В МКБ-10 введен специальный код O10.0 для кодирования существовавшей до беременности гипертензии (артериальной гипертензии), которая, соответственно, исключена в таком случае из класса болезней системы кровообращения.

В группе «венозные осложнения во время беременности» наибольшее значение имеют варикозное расширение вен нижних конечностей (O22.0), половых органов (O22.1), флеботромбоз поверхностный (O22.2), глубокий

(O22.3), которые могут стать источником *тромбоэмболии легочной артерии* (во время беременности, родов и послеродового периода - O88.2).

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ТОЛЬКО В ЭТОМ КЛАССЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ (И НИ В КАКОМ ДРУГОМ) МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ В ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ.

В МКБ-10 к акушерским причинам материнской смерти относят также *сахарный диабет при беременности*, в частности, наиболее неблагоприятную его форму — «существовавший ранее сахарный диабет» (инсулинзависимый, код O24.0).

В группе «акушерские кровотечения» наибольшее значение в качестве причин материнской смерти имеют предлежание плаценты с кровотечением (O44.1) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (O45.0), а также аномалии прикрепления плаценты – вращение плаценты (O43.2).

Кроме того, причиной материнской смерти могут быть *послеродовые кровотечения*, а среди них — кровотечение в третьем (последовом) периоде родов, связанное с задержкой, приращением или ущемлением плаценты, а также при глубоком проникновении ее ворсин в миометрий (O72.0), либо кровотечение атонического характера в раннем послеродовом периоде (O72.1).

Среди акушерских травм смертельными чаще всего оказываются *разрывы тела матки* (O71.0, O71.1).

В послеродовом периоде наибольшую угрозу для жизни родильниц представляют *послеродовый сепсис* (O85), который следует дифференцировать с сепсисом во время родов (O75.3).

В группе *акушерских эмболий* в качестве причин материнской смерти могут быть не только *тромбоэмболия* (O88.2), но и *воздушная эмболия* (O88.0), *эмболия амниотической жидкостью* (O88.1).

В МКБ-10 представлен также *спектр осложнений, связанных с проведением анестезии* (наркоза). Они регистрируются в качестве основного заболевания отдельными кодами в зависимости от времени возникновения, в частности, в период беременности (группа кодов O29), во время самостоятельных родов или оперативного родоразрешения (группа кодов O74) и в послеродовом периоде (группа кодов O89).

Кроме осложнений анестезии, первоначальными причинами материнской смерти могут быть также *ятрогенные осложнения*, вызванные акушерским оперативным вмешательством, интенсивной терапией (в том числе ранения, тромбоз и нагноения сосудов при их катетеризации) и другими процедурами. Если они возникли на фоне удовлетворительного состояния женщины, явились результатом упущений, неправильного лечения, иных дефектов лечебно-диагностического процесса, то они квалифицируются как ятрогенные патологические процессы и фиксируются как основное заболевание (первоначальная причина смерти) под общим кодом O75.4 и дополнительным кодом внешней причины смерти из класса XX МКБ-10. Могут отмечаться неблагоприятные, индивидуальные реакции на лекарственные препараты, примененные в терапевтических дозах или случайное нанесение вреда женщине в виде повышенных дозировок, либо использование несовместимой, загрязненной или перегретой крови, плазмы, эритроцитарной массы, кровезаменителей.

Вместе с тем, *если лечебно-диагностические мероприятия были проведены по показаниям, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами, без технических или иных погрешностей, при установленной первоначальной причине смерти, то возникшие ятрогенные патологические*

процессы фиксируют в диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания» или подрубрике «реанимационные мероприятия и интенсивная терапия и их осложнения» и не указывают и кодируют как основное заболевание.

В случаях смерти, связанной с болезнями матери, осложняющими беременность, роды и послеродовой период, используется иной принцип кодирования: выбирается формулировка нужной нозологической формы из других классов, характеризующих органы и системы, но код ставится из класса XV. В этом классе отдельным разделом (O98—O99) представлены объединенные коды для инфекционных, паразитарных заболеваний, а также болезней крови и кроветворных органов, эндокринной системы, органов кровообращения, дыхания и пищеварения. Однако, для существовавшей до беременности гипертензии (артериальной гипертензии), сахарного диабета и послеродового тиреоидита предусмотрены отдельные коды именно в XV классе.

Кроме основного перечня наиболее частых *экстрагенитальных заболеваний*, в МКБ-10 представлен код «Другие уточненные болезни» (O99.8), куда следует включать относительно редкие причины материнской смерти, в частности болезни мочеполовых путей, новообразования, костно-мышечную патологию и врожденные пороки развития, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.

Ниже представлены примеры формулировки диагнозов, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти при некоторых заболеваниях этого класса (примеры 1 – 14).

Пример 1

Основное заболевание: **Разрыв правой маточной трубы вследствие эктопической беременности 6 недель (O00.1):** инвазия цитотрофобласта с аррозией крупной артерии, якорные ворсины, части эмбриона и плодных оболочек.

Операция: лапаротомия, резекция правой маточной трубы (дата).

Осложнения основного заболевания: **Геморрагический шок (стадия) (R57.8). Внутривнутрибрюшное кровотечение (кровопотеря 1800 мл) (O08.1). ДВС-синдром:**

кровотечение из операционной раны, фибриновые тромбы в мелких сосудах легких, печени, головного мозга, селезенки. Острое общее малокровие.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью (O08.1)

в) Трубная беременность (O00.1).

г) —.

II. Операция (дата): лапаротомия, резекция правой маточной трубы. Послеоперационный период — 2 суток.

Пример 2

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

Осложнения основного заболевания: **Сепсис (этиология) (код зависит от этиологии). Септический шок (R57.2).** Синдром полиорганной недостаточности (показатели — ...). ДВС-синдром. Некротический нефроз. Выраженная жировая дистрофия миокарда и печени
Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (дата). Гемотрансфузии (даты).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септический шок (R57.2)

б) Сепсис (код зависит от этиологии).

в) Другие виды аборта, неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов (O05.0).

г) —.

II. Операции: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата). Послеабортный период 5 суток.

Пример 3

Основное заболевание: **Неудачный медицинский аборт при беременности 10 недель, осложнившийся кровотечением (O04.1):** задержка фрагментов плаценты в матке. Операция: экстирпация матки без придатков (дата)

Осложнения основного заболевания: **Геморрагический шок (стадия) (R57.8). Профузное маточное кровотечение (2500 мл) (O08.1).** Афибриногенемия. Острое общее малокровие
Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ в течение 2-х суток, массивные гемотрансфузии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

- б) Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортом, внематочной и молярной беременностью (O08.1)
- в) Неудачный медицинский аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением (O04.1).
- г) —.
- II. Срок беременности 10 недель. Операция экстирпация матки без придатков (дата). Послеабортный период 7 суток.

Пример 4

Основное заболевание: **Эклампсия, судорожная форма, в послеродовом периоде (3 сутки после первых самопроизвольных своевременных родов) (O15.2):** множественные некрозы паренхимы печени, кортикальные некрозы почек. Пластинчатое субарахноидальное кровоизлияние на базальной и боковой поверхности правого полушария головного мозга

Осложнения основного заболевания: **Отек головного мозга с дислокацией его ствола (G93.5).**

Сопутствующие заболевания: Двусторонний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Сдавление головного мозга (G93.5)
- б) Эклампсия в послеродовом периоде (O15.2).
- в) —.
- г) —.
- II. Самопроизвольные своевременные роды, послеродовой период 2 суток.

Пример 5

Основное заболевание: **Тромбоэмболия ствола и долевых ветвей легочной артерии при беременности 36 недель (O88.2).**

Фоновое заболевание: **Глубокий флеботромбоз (O22.3):** варикозное расширение и красные обтурирующие тромбы левых подвздошно-поясничных и срединной крестцовой вен.

Осложнения основного заболевания: Отек легких (J81.X).

Патология плода: антенатальная смерть (дата).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Отек легких (J81.X).
- б) Акушерская эмболия сгустками крови (O88.2)
- в) —.
- г) —.
- II. Глубокий флеботромбоз во время беременности (O22.3). Беременность 36 недель. Антенатальная гибель плода.

Пример 6

Основное заболевание: **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при беременности 33—34 недели с профузным маточным кровотечением (кровопотеря 3000 мл) (O45.0):** ретроплацентарная гематома, первые преждевременные оперативные роды мертвым плодом в тазовом предлежании. Операция: кесарево сечение (дата), ручное обследование полости матки (дата)

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (стадия) (R57.8), острое общее малокровие. ДВС-синдром. «Шоковые» почки, респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ 3 суток, гемотрансфузии (характер, даты).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови (O45.0).

в) —.

г) —.

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки 33-34 недели. Послеродовый период 3 суток

Пример 7

Основное заболевание: Массивное атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде (кровопотеря — 2700 мл) при первых самопроизвольных родах на 38-й неделе беременности (O72.1): выраженный отек, расслаивающие кровоизлияния миометрия, зияние маточно-плацентарных артерий. Операция: экстирпация матки без придатков (дата)

Фоновое заболевание: Первичная слабость родовой деятельности, затяжные роды (O62.0).

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (стадия) (R57.8). Респираторный дистресс-синдром. ДВС-синдром: массивная гематома в клетчатке малого таза. Острое общее малокровие. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде (O72.1).

в) —.

г) —.

II. Первичная слабость родовой деятельности (O62.0). Самопроизвольные первые роды при сроке беременности 38 недель. Операция: экстирпация матки без придатков (дата). Послеродовый период 8 час.

Пример 8

Основное заболевание: Полный самопроизвольный разрыв тела матки по левому ребру при самопроизвольных стремительных вторых родах на 38-й неделе беременности (O71.1).

Фоновое заболевание: Преэклампсия (нефропатия средней степени тяжести) (O14.0).

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (стадия) (R57.8). Профузное кровотечение из артерий в месте разрыва стенки матки и левой маточной артерии (общая кровопотеря около 4 л) (O67.8), гематома в параметральной клетчатке (около 450 мл). Жидкое состояние крови в полостях сердца и в просвете крупных артерий, множественные петехиальные кровоизлияния в слизистых оболочках. Отек легких и головного мозга

Операция: экстирпации матки без придатков (дата).

Интранатальная гибель плода.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ 4 суток, массивные гемотрансфузии (характер, даты).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Другие кровотечения во время родов (O67.8)

в) Разрыв матки во время родов (O71.1).

г) —.

II. Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести (O14.0). Самопроизвольные стремительные роды на 38 неделе беременности, послеродовой период 4 суток.

Пример 9

Основное заболевание: **Послеродовой сепсис (этиология) после самопроизвольных первых родов на 38 неделе беременности (O85.X):** (*Pseudomonas aeroginoza* — при бактериологическом исследовании). Острый гнойный эндомиометрит, гиперплазия селезенки (масса 320 г), интерстициальные гепатит и миокардит

Осложнения основного заболевания: **Септический шок (R57.2).** Респираторный дистресс-синдром. ДВС-синдром: состоявшееся желудочное кровотечение, множественные субплевральные кровоизлияния, множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Отек легких и головного мозга

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ 6 суток.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септический шок (R57.2)

б) Послеродовой сепсис (O85.X).

в) —.

г) —.

II. Самопроизвольные роды при сроке беременности 38 недель, послеродовой период 10 суток.

Пример 10

Основное заболевание: **Акушерская эмболия околоплодными водами (эмболия амниотической жидкостью) в первых родах при сроке беременности 34 недели (O88.1):** меконий, капли жира и чешуйки эпителия в капиллярах и артериолах легких.

Операция: родоразрешение путем кесарева сечения (дата)

Фоновое заболевание: **Преэклампсия средней степени тяжести (O14.0).**

Осложнения основного заболевания: **Выраженный отек легких (J81.X).** ДВС-синдром: множественные мелкоочаговые кровоизлияния в слизистых и серозных оболочках. Фибриновые тромбы в просвете капилляров легких, почек, сердца. Острое общее венозное полнокровие. Жидкое состояние крови в полостях сердца и в просвете крупных артерий. Отек головного мозга

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

б) Эмболия амниотической жидкостью (O88.1).

в) —.

г) —.

II. Преэклампсия средней степени тяжести (O14.0). Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 34 недели. Послеродовой период 7 часов.

Пример 11

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

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

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 3 суток.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких (J81.X).

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

в) —.

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

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 38 недель. Послеродовой период 3 суток.

Пример 12

Основное заболевание: **Линейные надрывы пищевода и острое вздутие желудка вследствие неудачной интубации (O74.7, дополнительный код Y65.3):** стояние эндотрахеальной трубки в пищеводе при наркозе перед оперативным родоразрешением путем кесарева сечения в сроке беременности 39 недель: Операция: кесарево сечение по поводу ... (дата)

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

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 2 суток.

Патология плода: Интранатальная гибель плода.

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

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

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

Пример 13

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

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

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

в) —.

г) Несовместимость перелитой крови (Y65.0).

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

Пример 14

Основное заболевание. Острое расслоение аорты в грудном отделе с медианекрозом при сроке беременности 39-40 нед. (O99.4). Операция: оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (дата)

Фоновое заболевание. Преэклампсия средней степени тяжести (O14.0).

Осложнение основного заболевания. Двусторонний гемоторакс Отслойка плаценты. Массивная кровопотеря (объем кровопотери 3000 мл). Геморрагический шок (стадия) (R57.8): «шоковые» почка, «шоковые» легкие. ДВС-синдром. Клиническая смерть (дата, время). Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия. Операция торакотомии слева (дата, время), прямой массаж сердца.

Патология плода: антенатальная гибель плода

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Другие виды шока (R57.8)

б) Острое расслоение аорты (O99.4)

в) —.

г) —.

II. Преэклампсия средней степени тяжести (O14.0).

Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения при сроке беременности 39-40 нед. Послеродовой период 1 час.

Литература

1. Автандилов Г. Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. 1971;8:66–71.
2. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. М., 1984. 25с.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994. 512с.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. М., 1987. 25с.
5. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — М.: Медицина 2007. 288с.
6. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013.
7. Геморрагический инсульт: Практическое руководство. Под ред. В.И.Скворцовой, В.В.Крылова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160с.
8. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МИА, 2011. 587с.
9. Инсульт: Диагностика, лечение, профилактика. Под ред. З.А.Суслиной, М.А.Пирадова. М.: МЕДпресс, 2009.
- 10.Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. 224с.
- 11.Какорина Е.П., Александрова Г.А., Франк Г.А., Мальков П.Г., Зайратьянц О.В., Вайсман Д.Ш. Порядок кодирования причин смерти при некоторых болезнях системы кровообращения. Архив патологии. - 2014. Т.76. № 4. С.45-52.
- 12.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.
- 13.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
- 14.Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

15. Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от некоторых болезней системы кровообращения. Методические рекомендации. Д.Ш.Вайсман. М.: ЦНИИОИЗ, 2013. 16с.
16. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007.
17. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970;23(7):455–468.
18. Сосудистые заболевания головного мозга: Руководство для врачей / Под ред. Е.И. Гусева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 688с.
19. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. М.: ЦОЛИУВ, 1977. 68с.
20. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Под ред. Г.А.Франка, О.В.Зайратьянца, П.Г.Малькова, Л.В.Кактурского. Российское общество патологоанатомов. М.: «Практическая медицина», 2016. 96с.
21. Цинзерлинг А.В.. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза. СПб: Сотис, 1993. 363с.
22. Цинзерлинг В.А. Пневмонии и другие респираторные инфекции у взрослых. В кн. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Рук. для врачей. Под ред. В.В.Ерохина, Л.К.Романова. М.: Медицина. 2000. – с. 329-350.
23. Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 672с.
24. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al. (January 1993). "Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment" (PDF). *Stroke*. 24 (1): 35-41. doi: 10.1161/01.STR.24.1.35. PMID 7678184 .
25. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version 2019. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2019/en>.
26. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Instruction manual. 5th ed. WHO 2016; 252 p. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf.