

МОСКОВСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

**О.В.ЗАЙРАТЬЯНЦ, Л.В.КАКТУРСКИЙ,
Г.Г.АВТАНДИЛОВ**

**ФОРМУЛИРОВКА И СОПОСТАВЛЕНИЕ
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**МОСКВА
2003**

Правила формулировки и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, изложенные в данных методических рекомендациях, утверждены приказами Департамента здравоохранения Москвы (1994 – 2000 гг.), решениями Ученых советов Российской медицинской академии последипломного образования (1995 г.), Департамента здравоохранения Москвы (1999-2002 гг.) и НИИ морфологии человека РАМН (2001 г.).

Авторы: **Зайратьянц Олег Вадимович** – д.м.н., профессор, главный патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского городского центра патологоанатомических исследований, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ, председатель Московского общества патологоанатомов,

Кактурский Лев Владимирович – д.м.н., профессор, директор НИИ морфологии человека РАМН.

Автандилов Георгий Герасимович – д.м.н., профессор, академик РАЕН.

Рецензент: **Милованов Андрей Петрович**, д.м.н., профессор.

Предназначение: для врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, клиницистов различных специальностей, специалистов по клинико-экспертной работе, медицинской статистике.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Введение	4
Основные требования МКБ-10 к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	5
Правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	8
Рубрики заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	9
Основное заболевание	9
Осложнения основного заболевания	12
Сопутствующие заболевания	13
Заключение о причине смерти и медицинское свидетельство о смерти	13
Правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	17
Приложения	20
Приказы МЗ РФ	20
Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и медицинских свидетельств о смерти	20
Литература	44

ВВЕДЕНИЕ.

Главными задачами патологоанатомической службы при проведении аутопсий (патологоанатомических вскрытий) являются следующие:

- установление первоначальной и непосредственной причин смерти, выявления прочих патологических процессов у лиц, умерших ненасильственной смертью (оформление патологоанатомического диагноза, заключения о причине смерти, клинико-анатомического эпикриза, заполнение медицинского свидетельства о смерти, кодирование по МКБ-10 первоначальной причины смерти);
- сопоставление (сличение) результатов аутопсии – патологоанатомического диагноза - с заключительным клиническим диагнозом и прочими данными прижизненных исследований (анализ летальных исходов - клинико-экспертная работа, т.е. проводимый коллегиально, совместно с экспертами других клинических специальностей и административными работниками здравоохранения анализ качества лечебно-диагностической работы медицинских учреждений);
- разработка материалов аутопсий в научно-практическом и научно-методическом плане (развитие общей и частной патологии, статистический анализ смертности населения и др., в т.ч. участие в планировании и реализации программ развития здравоохранения).

В связи с этим, чрезвычайно высоки требования к достоверности информации, представляемой патологоанатомической службой и ответственность, возложенная на врачей-патологоанатомов.

Достоверность данных, представляемых патологоанатомической службой о причинах смерти населения и о качестве лечебно-диагностической работы медицинских учреждений, зависит от **унификации и точного соблюдения правил формулировки и кодирования клинических и патологоанатомических диагнозов, принципов сопоставления (сличения) заключительных клинического и патологоанатомического диагнозов**, точного выполнения требований к оформлению медицинского свидетельства о смерти. Эти правила и принципы медицинской информатики основаны на требованиях Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10) и распорядительных документов МЗ РФ, а также, для московских медицинских учреждений, – приказах Департамента здравоохранения Москвы.

Несмотря на большое внимание, уделяемое этим вопросам со стороны органов здравоохранения и, в частности, патологоанатомической службой, при оформлении и сличении диагнозов нередко выявляются различные ошибки, причем как у врачей-патологоанатомов, так и, особенно, у клиницистов. Наиболее частыми такими ошибками остаются нерубрифицированные диагнозы и сличение клинических и патологоанатомических диагнозов только по первой нозологической единице в составе комбинированных основных заболеваний. Много новых вопросов и трудностей возникло при переходе к использованию в работе МКБ-10.

Цель методических рекомендаций – кратко представить правила формулировки (построения) и сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, оформления медицинского свидетельства о смерти, шифровки (кодирования) причин смерти, основные положения по проведению анализа летальных исходов на основе требований МКБ-10.

Методические рекомендации предназначены для врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, клиницистов разных специальностей, специалистов по клинико-экспертной работе и медицинской статистике, для использования в работе клинико-экспертных комиссий лечебно-профилактических учреждений, при прохождении курсов повышения квалификации и сертификации врачей-патологоанатомов.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ МКБ-10 К ФОРМУЛИРОВКЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ.

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) построена по алфавитно-цифровому принципу, содержит 21 класс болезней. МКБ-10 была принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, в Женеве (25 сентября - 2 октября 1989 г.). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала введение МКБ-10 с 01.01.1993 г.

Приказом МЗ РФ от 27.05.97 г. № 170 “О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10” была установлена дата перехода – 01.01.1998 г., однако в большинстве регионов РФ она была отложена на год. **Приказом МЗ РФ от 07.08.98 г. № 241** “О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-Х” с 01.01.1999 г. введена новая форма медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями МКБ-10.

Таким образом, на патологоанатома возлагаются функции по шифровке (кодированию) причин смерти в случаях проведения патологоанатомических вскрытий.

Выполнение **приказа МЗ РФ от 04.12.96 г. № 398** “О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации” связано с передачей функций по кодированию причин смерти в целях повышения качества заполнения медицинских свидетельств о смерти патологоанатомической службе. Эта работа должна проводиться под контролем руководителей территориальных органов управления здравоохранения субъектов РФ.

МКБ-10 содержит следующие новые положения:

- *Специфически сгруппированные классы заболеваний имеют приоритет перед классами, построение которых основано на патологических изменениях отдельных органов и систем.* Среди таких специфически сгруппированных - классы “Беременность, роды и послеродовый период”, “Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде” имеют приоритет перед другими.
- Примечания в перечнях классов заболеваний относятся ко всем случаям использования МКБ. Примечания, которые касаются только заболеваемости или только смертности, приведены в специальных примечаниях, сопровождающих правила кодирования заболеваемости или смертности.
- Ятрогенные осложнения при необходимости их кодирования (в случаях их трактовки как первоначальной причины смерти) шифруются кодами класса XIX - “Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин”.
- *В медицинских свидетельствах о смерти шифруется (кодируется) только первоначальная причина смерти,* а не непосредственная, как это до сих пор нередко имеет место в ошибочно оформленных медицинских заключениях (например, “острая сердечно-сосудистая недостаточность” вместо первоначальной причины смерти). Статья 5 из «Положения о номенклатуре», относящейся к болезни и причинам смерти указывает: “Страны-члены ВОЗ должны утверждать форму медицинского свидетельства о причине смерти, которая позволяет зафиксировать заболевания или травмы, вызвавшие смерть или способствующие ей, ясно указывая при этом первоначальную причину”.
- *Далеко не все понятия и коды, указанные в МКБ-10, допустимо использовать для формулировки и шифровки первоначальной причины смерти, т.е. основного заболевания в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах.* Это связано с тем, что в МКБ-10 включены не только нозологические формы, но и синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм. Многие из них предназначены для кодирования причин обращения за врачебной помощью, для статистического анализа патологических состояний, явившихся причинами госпитализации, когда еще не ясен диагноз основного заболевания.

- При шифровке причины смерти в патологоанатомической практике не используют последний знак « .9 », так как возможности аутопсии позволяют уточнить характер заболевания. Знак « - » указывает, что в МКБ имеется четвертый знак и его нужно использовать. Круглые и квадратные скобки заключают дополнительные термины, синонимы, уточнения, позволяющие точнее отобразить нужный код. Союз « и » обозначает «или». Во всех подрубриках четвертый знак « .8 » обозначает «другие, не указанные выше состояния», а четвертый знак « .9 » - «неуточненная информация (заболевание, синдром и т.д.)».

- При обострении хронического заболевания, если иное не предусмотрено специальным кодом МКБ, шифруется острая форма болезни. Например, при обострении хронического холецистита кодируется острый холецистит.

В МКБ-10 каждый класс заболеваний отличается большой детализацией отдельных нозологических форм. Например, в классе “Инфекционные и паразитарные болезни” подробно выделяются формы шигеллеза (вместо дизентерии), стрептококковых септицемий и др. В классе “Новообразования” дается кодировка топики (С 00-D 48), с учетом того, что морфология (8000/0 – 9989/3) опухолей, а также особенности их течения, будут закодированы с использованием международной онкологической классификации (МКБ-О), которая издана отдельно от МКБ-10 в 1995 г.

Кодовые номера МКБ-О (онкологической классификации) состоят из 5 цифр: первые 4 определяют гистологический тип новообразования, а 5-ая цифра, которая следует за разделительной чертой или без нее, указывает на его характер с точки зрения течения заболевания: /0 – доброкачественное новообразование, /1 – новообразование, которое не определено как доброкачественное или злокачественное, пограничная злокачественность, исключая цистаденомы яичника, /2 – рак (внутриэпителиальный, неинфильтративный, неинвазивный), /3 – злокачественное новообразование, первичная локализация, /6 – злокачественное новообразование метастатическое, /9 – злокачественное новообразование, которое не определено как первичное или метастатическое.

Таким образом, имеется 10 знаков (цифр), необходимых для полной идентификации топографии (4 знака), морфологического типа (4 знака), характера опухоли (1 знак) и гистологической градации или степени дифференцировки новообразования или его эквивалента для лейкозов и лимфом (1 знак).

Обращает на себя внимание ряд других нововведений по сравнению с МКБ-9. Так, в классе 1X “Болезни системы кровообращения” вместо термина “гипертоническая болезнь” используется групповое понятие “гипертензивная болезнь”. При этом выделяются формы с застойной сердечной недостаточностью, с почечной недостаточностью, с сердечной и почечной недостаточностью. Из этой рубрики исключаются случаи (далее фигурируют как самостоятельные нозологические единицы) с вовлечением в процесс артерий сердца, головного мозга, конечностей и др.

Ишемические болезни сердца, как групповое (родовое) понятие (не нозологическая единица), включают в себя ряд нозологических форм, в частности, варианты стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза и др. Наличие гипертонической болезни у таких больных как фонового заболевания рекомендуется отмечать вторым кодом.

К сожалению, в МКБ-10 появились некоторые термины, дословно переведенные на русский язык, не соответствующие современным понятиям отечественной медицины, например, “дегенерация миокарда”, что также важно учитывать, выбирая коды, которые могут быть использованы в практике патологоанатома.

Специального рассмотрения заслуживает ятрогенная патология, которая, в случаях, если ятрогения возводится в ранг основного заболевания, шифруется чаще кодом медицинского вмешательства. Формулировка диагноза (как трактовать ятрогению – как основное заболевание или осложнение) зависит в каждом конкретном случае от характера первоначальной и непосредственной причин смерти. МКБ-10 четко определено, что ятрогенные смертельные осложнения указываются в качестве первоначальной причины

смерти (основного заболевания) при ошибочной передозировке, неправильном назначении лекарственного средства, непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного) выполненном диагностическим или лечебном мероприятии. Прочие ятрогенные, даже смертельные осложнения, которые возникли при правильно и по показаниям оказанной медицинской помощи, следует рассматривать как осложнения основного заболевания (за исключением анафилактического шока и некоторых других осложнений, которые традиционно выставляются в качестве основного заболевания).

Таким образом, в соответствии с требованиями МКБ-10, **основное заболевание** - это нозологическая единица, которую следует использовать для анализа заболеваемости и смертности по единичной причине. Это – заболевание или травма, по поводу которых проводилось лечение или обследование во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью или которые явились причиной смерти. Основное заболевание определяется как такое, которое было **диагностировано в конце эпизода оказания медицинской помощи**, по поводу которого, главным образом, проводились лечебные или диагностические процедуры. При наличии более одного такого заболевания выбирают то, которое имело большее значение в танатогенезе, считается более тяжелым или социально значимым, а также на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов, которое соответствовало профилю медицинского учреждения или его отделения.

Не допускается указание в качестве основного заболевания тех нозологических единиц, которые были диагностированы на более ранних эпизодах лечебно-диагностического процесса, но которые не оказали влияния на текущий эпизод, не явились причиной смерти. Как справедливо отмечено в МКБ-10, ограничение анализа разработкой по единичной нозологической единице для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому МКБ-10 рекомендует по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости по множественным причинам (двойное и множественное кодирование), с тем, чтобы дополнить обычные данные. Это следует делать, например, в соответствии с правилами оформления т.н. комбинированного основного заболевания.

При формулировке заключительного клинического диагноза требуется выделить заболевание (травму), которое само, или через связанные с ним осложнения, привело больного к смерти (но могло не быть причиной обращения больного за медицинской помощью и даже причиной медицинских мероприятий). Это же требование распространяется и на патологоанатомический диагноз, так как **основная задача патологоанатомического аутопсийного исследования – это определение первоначальной причины смерти (основное заболевание, травма) и непосредственной причины смерти (смертельное осложнение)**.

В рубрике заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, касающейся основного заболевания, не должны фигурировать заболевания, по поводу которых в данном эпизоде не предпринимались диагностические и лечебные вмешательства (если, конечно, данный конкретный случай не является расхождением диагнозов). Например, стенозирующий атеросклероз без эпизода диагностической или лечебной ангиографии или хирургического вмешательства и при наличии ишемического поражения конкретного органа не может быть основным заболеванием.

С целью упорядочения регистрации причин смерти 20-ая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения определила причины смерти, которые должны регистрироваться в медицинском свидетельстве о смерти как “все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы”. Это определение было сформулировано с целью обеспечить регистрацию всей

связанной со смертью информации, **чтобы лицо, заполняющее медицинское свидетельство о смерти, не выбирало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению**, как это нередко, к сожалению, практикуется до настоящего времени.

Необходимо отметить, что это определение не предусматривает включения в медицинское свидетельство о смерти симптомов и явлений, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), таких, как сердечная недостаточность, астения, интоксикация и др.

Проблема классификации причин смерти для статистики естественного движения населения решается относительно просто, когда имеется только одна нозологическая единица, явившаяся первоначальной причиной смерти. Однако во многих случаях (по данным московской городской патологоанатомической службы – в 60-70% наблюдений) смерть обусловлена двумя и более заболеваниями. Эта проблема решается с помощью использования диагноза “комбинированного основного заболевания”. В этих случаях в демографической статистике стало традиционной практикой выбирать для статистических разработок лишь одну (первую) из указанных в комбинированном основном заболевании нозологических единиц – причин смерти. Эта причина в прошлом обозначалась по-разному: “причина смерти”, “первичная причина смерти”, “главная причина смерти”, “лежащая в основе или основная причина смерти”. Для унификации терминологии и методики выбора причины смерти при проведении статистических разработок на Международной конференции еще по 6-му пересмотру МКБ была достигнута договоренность об использовании в медицинской статистической документации термина **“первоначальная причина смерти”**. По МКБ-10 причинами смерти, которые должны быть внесены в свидетельство о смерти и другую медицинскую документацию, в соответствие с определением, данным еще 20-ой Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, являются все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали такие травмы.

Первоначальной причиной смерти следует считать: а) болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы формулируются строго в соответствии с требованиями МКБ-10, нормативных документов МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы несут на себе требования как статистического, так и социально-правового характера, то есть являются не только медицинским, но и социально-юридическим документами.

Требования к формулировке диагнозов и определения употребляемых понятий должны исключать возможность различных толкований. ***Они едины для заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным во всех медицинских учреждениях.***

Во всех нормативных документах о диагнозе подчеркивается основное требование – использовать положение о номенклатуре заболеваний (МЗ РФ и Всемирной организации здравоохранения) и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (в России с 1998 г. - десятого пересмотра - МКБ-10) с указанием в диагнозе первоначальной и непосредственной причин смерти.

Требования к оформлению патологоанатомического и заключительного клинического диагнозов должны точно соответствовать МКБ-10, носить императивный характер, так как *для статистического учета и с судебно-правовых позиций требуется только первоначальная причина смерти.*

Рубрики заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть ясно и четко рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик:

1) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) – при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном или мультикаузальном – двумя и более нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями).

2) Осложнения (основного заболевания), включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти).

3) Сопутствующие заболевания.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (и их осложнения) указываются с красной строки отдельным абзацем после рубрики осложнений и до рубрики сопутствующих заболеваний.

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз (также, как и патологоанатомический) не подлежит сличению (сопоставлению) диагнозов, непригодны для кодирования и статистического анализа и, независимо от своего содержания, расцениваются как неверно оформленные диагнозы. В случае нерубрифицированного заключительного клинического диагноза выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине – неверная формулировка (оформление) клинического диагноза.

В патологоанатомическом диагнозе в каждом абзаце на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица, травма (если это невозможно – синдром), имеющиеся в МКБ-10 и в общепринятых классификациях. Это – “унитерм” – ключевое слово для всех дальнейших видов анализа и учета. Далее идет уточнение ее формы, особенностей патоморфо- и танатогенеза, их морфологические (макро- и микроскопические) проявления. При необходимости и по мере возможности, эти проявления дополняются клинико-лабораторными, бактериологическими, биохимическими и др. данными. Современный патологоанатомический диагноз должен отвечать определению “диагноза болезни” – медицинском заключении об имеющемся заболевании (травме) – причине смерти, выраженном в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней. Патологоанатомический диагноз - всегда комплексный, включающий все известные в данном конкретном случае морфологические и клинико-лабораторные и другие данные.

Основное заболевание.

Основное заболевание – это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний, травм), записанных в принятых в Международной номенклатуре болезней, МКБ-10 и отечественных классификациях терминах, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу. Эквивалентами основного заболевания могут быть обстоятельства несчастного случая (главным образом, при ятрогенных осложнениях, явившимися причинами смерти) или, в практике судебно-медицинской экспертизы - акт насилия, который вызвал смертельную

травму. Это определение обязательно для применения при оформлении как заключительного клинического, так и патологоанатомического диагнозов.

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий, а при неблагоприятном исходе привело к инвалидизации или смерти больного. В связи с этим *в процессе лечения больного основное заболевание может меняться*, что обязательно нужно учитывать при формулировке заключительного клинического диагноза и при его сличении (сопоставлении) с патологоанатомическим диагнозом.

Основное заболевание может быть представлено двумя и более нозологическими единицами и быть, следовательно, комбинированным (представленным конкурирующими, сочетанными, основным и фоновым заболеваниями).

Конкурирующими называют такие заболевания, которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к смерти.

Примерами таких заболеваний могут быть совпавшие по времени у одного больного любые смертельные болезни, в частности, рак IV стадии и инфаркт миокарда, несовместимые с жизнью инфаркты головного мозга и миокарда, нозологические единицы из групп острых ишемических болезней сердца или цереброваскулярных болезней и хирургическая патология со смертельным исходом и т.д.

Сочетанными считают такие заболевания, которыми одновременно страдал умерший и, которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода.

Например, может быть сочетание нозологических единиц из групп острых ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, которые привели к смерти лишь в результате взаимного отягощения. Такое же сочетание нередко характерно для этих же нозологических единиц с острыми хирургическими заболеваниями, в частности, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

Важно еще раз подчеркнуть, что речь идет о заболеваниях, одновременно, а не последовательно (одно из них отмечено на предыдущих этапах оказания медицинской помощи и к моменту летального исхода не требовало лечебно-диагностических мероприятий, не участвовало в танатогенезе) развившихся у больного.

Фоновым заболеванием является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий патогенез с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение и способствовало развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу.

Наиболее частыми примерами фоновых заболеваний являются варианты артериальной гипертензии или сахарного диабета для нозологических единиц из групп ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней. Также нередко такие заболевания, как алкоголизм, сахарный диабет, ведущие к вторичному иммунному дефициту, становятся фоновыми для многих инфекционных болезней (пиелонефрит, туберкулез и др.). Более редкими случаями являются, например, наблюдения плоскоклеточного рака бронха, где фоновым заболеванием может быть хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией и диспластическими изменениями эпителия бронхов.

Нередко в медицинской документации можно отметить как злоупотребление этой формулировкой диагноза, так и недостаточное ее использование. Так, недопустимо указывать в качестве фонового заболевания для нозологических единиц из группы ишемических болезней сердца или цереброваскулярных, такие нозологии, как алкоголизм. Кроме того, сахарный диабет нередко необоснованно включают в сопутствующие заболевания. В отдельных случаях, особенно у умерших лиц пожилого возраста возможно

наличие более одного фонового заболевания, например гипертонической болезни и сахарного диабета. При этом возможно кодирование (шифровка) по МКБ-10 важнейшего из них или, для уточненных статистических исследований, обоих.

Неверно также представлять в диагнозе атеросклероз (артерий органов, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти изменения, хотя и по сути формы атеросклероза, выделены как самостоятельные нозологические единицы, поэтому атеросклеротическое поражение артерий этих органов (стенозирующий атеросклероз при обнаружении его на секции) указывается в рубрике основного заболевания сразу после формулировки нозологической формы.

Однако важно учитывать, что атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета в ряде случаев может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия) и, если это доказано клинико-морфологически, в таких случаях атеросклероз аорты и конкретных артерий указывается в проявлениях артериальной гипертензии и сахарного диабета как макроангиопатия, наряду с микроангиопатией.

Термины “атеросклероз”, “общий атеросклероз”, “атеросклероз аорты и крупных артерий” без уточнения поражения конкретных артерий вообще не могут фигурировать в любой рубрике диагноза. В качестве основного заболевания и только атеросклероз аорты, почечной артерии, артерий нижних конечностей могут быть выставлены исключительно при наличии определенных смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.), для таких случаев в МКБ-10 имеются соответствующие коды. Не могут фигурировать в диагнозах ни при каких обстоятельствах такие бессмысленные термины, как «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз» и им подобные.

При любом упоминании атеросклероза аорты или конкретных артерий целесообразно указать стадию процесса и его степень.

Выделяют 4 стадии атеросклероза: I – липидные пятна, II – липидные пятна и фиброзные бляшки, III – липидные пятна, фиброзные бляшки и “осложненные поражения” (кровоизлияния в фиброзные бляшки, атероматоз, их изъязвления, тромботические осложнения), IV – наличие атерокальциноза наряду с предшествующими изменениями.

Разделяют 3 степени атеросклероза аорты: 1) умеренная, поражение до 25% площади интимы аорты, 2) выраженный, площадь поражения от 25% до 50%, 3) резко выраженный – площадь поражения более 50% (Г.Г. Автандилов, 1970).

В случаях, когда основное заболевание представлено несколькими нозологическими единицами, при оформлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов первую рубрику обозначают не как “Основное заболевание”, а как “Комбинированное основное заболевание”. Далее указывают: конкурирующие заболевания, или сочетанные заболевания, или основное заболевание и после него – фоновое заболевание, и перечисляют каждое из них с красной строки под номерами – цифрами 1, 2 и т.д.

Число нозологических единиц в комбинированном основном заболевании должно быть сведено к минимуму (к двум, максимум – к трем). Как показывает практика, сложные диагнозы, в рубрике комбинированного основного заболевания содержащие более трех нозологических форм, являются результатом недостаточно глубокого анализа танатогенеза.

Принципиальное значение имеет то, какая из нозологических единиц, вошедших в состав комбинированного основного заболевания, выставлена на первом месте.

Необходимо учитывать, что в большинство статистических разработок при отборе «первоначальных причин смерти» (годовой отчет медицинского учреждения и т.д.) войдет

только та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте в рубрике “комбинированное основное заболевание”.

Она же должна быть записана и закодирована по МКБ-10 как первоначальная причина смерти в графе под цифрой “ I ” в медицинском свидетельстве о смерти. Вторая нозологическая единица (конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевания) записывается в графе “ II ” свидетельства о смерти.

Поэтому на первую нозологическую единицу в составе комбинированного основного заболевания следует обратить особое внимание. Для решения вопроса, какой нозологической форме в таких случаях отдать предпочтение при прочих равных условиях, рекомендуется руководствоваться следующими принципами.

При прочих равных условиях, среди конкурирующих или сочетанных заболеваний в составе комбинированного основного заболевания предпочтение отдается:

- 1) нозологической форме, имеющей наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим),
- 2) нозологической форме, более тяжелой по характеру, осложнениям, той, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,
- 3) нозологической форме, более значимой в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.),
- 4) в случаях, когда применение пп.1-3 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:
 - была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе,
 - отражает профиль отделения (медицинского учреждения),
 - потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий. Например, для отделения неврологии это – та или иная форма инсульта и т.д.

Необходимо также упомянуть такое понятие, как **эквивалент основного заболевания**, так называемые “вторые болезни”, то есть случаи, когда в ранг нозологических форм и в рубрику основного заболевания возводятся некоторые осложнения (синдромы, симптомы). Этому вопросу ранее были посвящены специальные публикации и целесообразность использования такого понятия дискутируется.

Осложнения основного заболевания.

Осложнениями основного заболевания следует считать нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями.

Тогда как проявления заболевания стереотипны, включены в синдромокомплекс самого заболевания, то осложнения – индивидуальны, хотя, естественно, следуют общим закономерностям. Нередко граница между понятием “проявление” и “осложнение” заболевания недостаточно четко определена. Так, например, такие понятия, как синдром портальной гипертензии при циррозах печени, хроническое легочное сердце при хронических обструктивных заболеваниях легких более логично понимать проявлениями основных заболеваний, а, в частности, острая аневризма сердца при остром инфаркте миокарда, безусловно, - его осложнение. Однако в клинических и патологоанатомических диагнозах встречается необоснованный перенос ряда проявлений заболеваний в рубрику осложнений и, реже, наоборот.

При формулировке осложнений следует употреблять четкие термины, отражающие определенные нозологические единицы, синдромы и симптомы. Такие термины, как “интоксикация”, “сердечная недостаточность”, «полиорганная недостаточность» и др. – неинформативны и их важно избегать. Также необходимо указывать именно осложнения

основного заболевания, а не элементы механизма смерти (танатогенеза) как, например, та же “сердечная недостаточность”.

Естественно, термины “острая” или “хроническая сердечно-сосудистая недостаточность (НК I–III)”, соответствующие им морфологические термины “острое” или “хроническое общее венозное полнокровие” могут и должны употребляться в соответствующих случаях.

Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности. ***Среди всей группы осложнений выделяют одно важнейшее – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти).*** Нередко выделяемая группа смертельных осложнений (более одного) мало информативна и непригодна для статистического анализа.

Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии (если они не явились результатом ошибочных действий и решающими факторами танатогенеза и, таким образом, как смертельные ятрогенные осложнения не стали основным заболеванием) следует обязательно указать в диагнозе, так как они могут стать объектом для судебного разбирательства, перечислив эти мероприятия (с датами и длительностью их проведения) и собственно осложнения (например, переломы ребер и др.). Существуют предложения указывать их после всех рубрик диагноза, отдельным абзацем после рубрики сопутствующего заболевания. Однако представляется более логичным этот отдельный абзац, начиная со слов ***“Реанимационные мероприятия”*** или ***“Интенсивная терапия в течение ...”***, ***располагать после рубрики осложнений основного заболевания и до рубрики сопутствующих заболеваний.***

Сопутствующие заболевания.

Сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не были непосредственно связаны с основным заболеванием и не принимали участия в танатогенезе.

Необходимо объективно доказать, что эти заболевания не играли роли в наступлении летального исхода. При этом, нередко, умершему по поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Однако важно отметить, что сопутствующие заболевания не могут иметь осложнений, играющих роль в наступлении смерти – смертельных осложнений. Несомненно, что косвенную связь можно найти практически между всеми заболеваниями, одновременно имевшимися у больного, но это не дает повода исключать такие болезни из рубрики сопутствующих заболеваний и чрезмерно расширять рубрику комбинированного основного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ И МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ.

При оформлении **заключения о причине смерти** (завершая патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз) и заполнении бланка **медицинского (врачебного) свидетельства о смерти** используют понятия “первоначальная причина смерти” и “непосредственная причина смерти”.

Первоначальная причина смерти – это, в соответствии с МКБ-10, как уже указывалось выше, - а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Согласно законодательству РФ в качестве первоначальной причины смерти от травмы указывают ее вид.

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

Именно первоначальная причина смерти указывается и шифруется (кодируется) по МКБ-10 в медицинском свидетельстве о смерти, указывается первой в заключении о причине смерти.

В заключении о причине смерти следует также перечислить все нозологические единицы, входящие в структуру комбинированного основного заболевания.

Непосредственная причина смерти – это смертельное осложнение (но не элемент механизма смерти), которое также указывается в соответствующих пунктах заключения о причине смерти и врачебном свидетельстве о смерти. Хорошо известно, что могут встретиться летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений.

В ряде случаев, при обоснованной необходимости, можно дополнить заключение о причине смерти после изложения непосредственной причины смерти (смертельного осложнения) – “при явлениях – механизм смерти”, а также указать важнейшие сопутствующие заболевания, требовавшие лечебно-диагностических мероприятий (в последнем эпизоде обращения больного за медицинской помощью), что обусловлено экономическими соображениями. Однако расширять заключение о причине смерти за счет указанных дополнений возможно лишь в исключительных случаях.

Кроме того, при смерти больного после хирургического вмешательства, важного для танатогенеза диагностического или другого медицинского вмешательства, необходимо указать его и через сколько суток (часов) после него последовал летальный исход.

Таким образом, в **заключении о причине смерти** указать, что «Смерть больного (ФИО, возраст) наступила (последовала) от – ... (первоначальная причина смерти), в сочетании, или при наличии, или на фоне - ... (при комбинированном основном заболевании), осложнившимся - ... (непосредственная причина смерти - смертельное осложнение)».

Реже используется иной вариант формулировки заключения о причине смерти: “Основное заболевание (первоначальная причина смерти) умершего ФИО, возраст - ... , смертельное осложнение (непосредственная причина смерти) - ... ”.

Широко распространено иное и неудачное оформление заключения о причине смерти. В частности, указывается: “Смерть больного – ФИО, возраст, страдавшего – основное заболевание (при необходимости – в сочетании с ...) – наступила от – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти)”. Однако, несмотря на кажущуюся простоту такой формулировки, в связи с возникающими в таком случае юридическими проблемами (слова “наступила от” трактуются часто как указание на первоначальную причину смерти) и в связи с требованиями МКБ-10 следует от нее отказаться.

В заключении о причине смерти не следует указывать наличие совпадения или расхождения диагнозов, мнения о ходе лечебного процесса – все это расшифровывается только в клинко-анатомическом эпикризе, который не выдается на руки родственникам по их просьбе.

Медицинское (врачебное) свидетельство о смерти заполняется врачом по международным правилам, в соответствии с требованиями МКБ-10, нормативных документов МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы, исходя из конструкции патологоанатомического диагноза (или заключительного клинического диагноза, если вскрытие не производилось), в той же терминологии. *Медицинское свидетельство о смерти является одновременно медицинским, статистическим и юридическим документом, бланки свидетельств о смерти являются документами особой*

отчетности, поэтому требуется строгое соблюдение правил их хранения, заполнения и учета, изложенные в соответствующих приказах. **По приказу МЗ РФ от 07.08.98 г. № 241** “О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-10” – с 01.01.99 г. должны заполняться новые формы: № 106/у-98 или, для перинатальной смерти – № 106-2/у-98).

Медицинское свидетельство о смерти должно быть выдано родственникам умершего или уполномоченным ими лицам **не позднее суток** после патологоанатомического вскрытия (или после установления причины смерти – оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось) в соответствии с требованием Закона РФ от 1995 г. “ О погребении и похоронном деле”.

Строго запрещается выдача трупа из патологоанатомического отделения (за исключением передачи трупа на судебно-медицинскую экспертизу или в специализированные инфекционные прозектуры на патологоанатомическое вскрытие) без медицинского свидетельства о смерти.

Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано с пометкой “окончательное”, “предварительное”, “окончательное вместо предварительного или окончательного”. Такой порядок принят для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в органах ЗАГС. Однако следует помнить о необходимости в течение **7 суток** (при наличии инфекционного заболевания) или **одного месяца** (при прочих заболеваниях) передать в органы статистики окончательное свидетельство, если было выдано предварительное или было изменено окончательное. Неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненные экземпляры свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркивают, делают запись “испорчено” и оставляют в сброшюрованной книжке бланков.

В отдельных случаях, по письменной просьбе родственников умершего или уполномоченных ими лиц, допускается повторная выдача медицинского свидетельства о смерти взамен утерянного родственниками. Выдается свидетельство с новым номером, также, как в случаях его выдачи взамен предварительного; соответствующая запись делается в журнале учета и выдачи медицинских свидетельств о смерти и телефонограммой информируются территориальные органы внутренних дел. Аналогичным образом следует поступать в случае отказа родственников от захоронения умершего (невостребованные трупы) и утери ими уже выданного свидетельства о смерти (или при невозможности разыскать в таких случаях родственников умершего, которым до этого свидетельство было выдано). В последних случаях по истечении 14 суток обязательно информирование телефонограммой территориальных органов внутренних дел.

В патологоанатомических отделениях допускается заполнение врачом-патологоанатомом пунктов медицинского свидетельства о смерти – ФИО, возраст умершего, дата смерти, причины смерти и их коды, а пунктов, касающихся паспортных данных умершего – санитаром или другим сотрудником отделения, ответственных за выдачу медицинских свидетельств о смерти родственникам умершего или уполномоченным ими лицам.

Медицинское свидетельство о смерти выдается из патологоанатомического отделения специально уполномоченным сотрудником (врачом, санитаром, медицинским регистратором и др.) родственникам умершего или уполномоченным ими лицам только при предъявлении ими паспорта умершего и паспорта того, кто получает свидетельство и строго под роспись получателя на корешке свидетельства. Паспортные данные получателя также обязательно заносятся на корешок свидетельства о смерти, который остается в отделении, и в соответствующий журнал. При отсутствии паспорта должны быть предъявлены документы, юридически заменяющие паспорт.

Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (патологоанатомическом диагнозе, заключении о причине смерти и др.).

Несоответствия в этих документах в ряде случаев могут иметь негативные юридические последствия.

В каждом лечебно-профилактическом учреждении, имеющем патологоанатомическое отделение, должны быть изданы внутренние приказы, регламентирующие правила работы с врачебными свидетельствами о смерти в соответствии с приказами МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы.

Форма медицинского свидетельства о смерти является международной. Новый бланк свидетельства в РФ, образца 1998 г., содержит пункт “ г) ”, и, как и бланк раннего образца, специальные пустые ячейки напротив пунктов “I, а), б), в), г)” и “II”, предназначенных для записи кода первоначальной причины смерти по МКБ- 10.

Состояние, записанное на нижней заполненной строке части “ I ” в перечне “а, б, в” свидетельства, является первоначальной причиной смерти, используемой для статистических разработок. Однако в ряде случаев, особенно при неточно заполненных свидетельствах, необходимо выбрать другое состояние в качестве первоначальной причины смерти. Правила выбора для учреждений статистики четко регламентированы в МКБ-10 (т.2). Для указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.) используют строку “ г) ” после документального подтверждения этих обстоятельств.

Если имело место только одно явление в цепи патологических процессов, достаточно записи на строке “ а) “ в части “ I “ свидетельства. Если имело место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается на строке “ а) “, а первоначальную причину смерти следует вписывать последней, на строке “ б) “ или “ в) “, с указанием, если необходимо, других патологических процессов, на строке “ б) “. Таким образом, ***в пункте “ I “ можно указать последовательно до 3-х нозологических форм, синдромов, патологических процессов (строки “ а), б) и в) “) причем в обратной последовательности патологоанатомическому диагнозу.*** Выше (пункт “ I. а) “) указывается непосредственная причина смерти (смертельное осложнение). Если непосредственная (осложнение) и первоначальная (основное заболевание) причины смерти совпадают (смерть последовала от самого заболевания), то в этом пункте указывается только одно основное заболевание - первоначальная причина смерти. В других случаях первоначальная причина смерти - основное заболевание, - указывается ниже, в строках “ б) ” или “ в) ” (в последнем случае при наличии важных промежуточных патологических процессов, между смертельным осложнением и основным заболеванием). При комбинированном основном заболевании в пункте “ I “ свидетельства о смерти указывается только первая нозология, которая и становится первоначальной причиной смерти.

Первоначальная причина смерти - основное заболевание (или при комбинированном основном заболевании - первая нозологическая единица в его составе) шифруется (кодируется) по МКБ-10. Другие рубрики в пункте “I” не кодируются.

В пункте “ II ” медицинского свидетельства о смерти следует указать оставшиеся нозологические единицы из комбинированного основного заболевания (если оно было комбинированным) и/или важнейшие сопутствующие заболевания, которые потребовали лечебно-диагностических мероприятий, но не более двух. Ведущее из них также следует закодировать по МКБ-10.

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ.

Понятия “совпадение” или “расхождение” клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сопоставления (сличения) рубрик “основное заболевание” (первоначальная причина смерти). Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по осложнениям, по смертельному осложнению (непосредственной причине смерти), основным сопутствующим заболеваниям проводится отдельно, представляет собой самостоятельный статистический анализ и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов, а указывается дополнительно, например в клинико-анатомическом эпикризе: диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение (или сопутствующее заболевание).

При сличении диагнозов учитывается только тот заключительный клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни или указан как заключительный в амбулаторной карте умершего. Нерубрифицированные или со знаком вопроса клинические диагнозы не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим, что во всех случаях должно рассматриваться как расхождение диагнозов по II категории (причина - неправильная формулировка или оформление диагноза).

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

Расхождением диагнозов считается несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по ее сущности (наличие другой нозологии - гиподиагностика, или отсутствие данной нозологии (гипердиагностика), по локализации (в том числе в органах, таких как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка и ее шейка, почки, поджелудочная железа, сердце и др.), по этиологии, по характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта - ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние), **а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики.**

Для клинико-экспертного анализа при расхождении диагнозов указывают категорию расхождения (категория диагностической ошибки) и причину расхождения (одну из групп объективных и субъективных).

Категории расхождения диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

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

II категория расхождения диагнозов - правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания. Таким образом, часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (и не переводится при этом в I категорию), а часть - субъективных причин.

III категория расхождения диагнозов - правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению (терапевтическому, хирургическому), что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания. Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными.

Независимо от категории расхождения выделяют **причины расхождения диагнозов (объективные и субъективные)**.

Объективные причины расхождения диагнозов включают в себя:

- **кратковременность пребывания** больного в медицинском учреждении (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 суток, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной хирургии этот срок индивидуален и может быть равен нескольким часам.

- **трудность диагностики** заболевания. Использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного медицинского учреждения, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили выставить правильный диагноз.

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

Субъективные причины расхождения диагнозов включают в себя:

- **недостаточное обследование больного,**
- **недоучет анамнестических данных,**
- **недоучет клинических данных,**
- **недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования,**
- **недоучет или переоценка заключения консультанта,**
- **неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.**

Следует стремиться выделить одну, главную причину расхождения диагнозов, так заключение содержащее несколько причин одновременно либо неверно (сочетание объективной и субъективной причин), либо малоинформативно и крайне затрудняет последующий статистический анализ.

Важно отметить, что *каждый клиничко-анатомический эпикриз протокола патологоанатомического вскрытия должен содержать заключение врача-патологоанатома о факте совпадения или расхождения диагнозов, а также о распознанных или нераспознанных осложнениях (особенно смертельного) и важнейших сопутствующих заболеваниях. В случае расхождения диагнозов должны быть указаны категория и причина расхождения, а при совпадении диагнозов, но нераспознанных смертельном осложнении или сопутствующих заболеваниях - причины диагностических ошибок.* Это заключение выносится патологоанатомическим

отделением на заседание подкомиссии по изучению летальных исходов (ПИЛИ) или, далее - лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), на клинико-анатомическую конференцию, где врач-патологоанатом или заведующий патологоанатомическим отделением аргументированно доказывает представленную точку зрения. Допустимо в исключительных случаях, требующих дополнительного клинико-анатомического анализа выносить на комиссии вопрос о категории и причинах расхождения диагнозов, но не сам факт расхождения или совпадения диагнозов. ***Окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально, комиссией (ПИЛИ, ЛКК, КАК).*** В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии, это фиксируется в протоколе заседания комиссии и вопрос передается в вышестоящую комиссию в соответствии с нормативными документами.

Для внебольничной летальности – для умерших на дому, сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет свои особенности. Прежде всего, необходимо требовать оформления амбулаторных карт, передаваемых в патологоанатомическое отделение в соответствии с нормативными документами МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы. Должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз, а их отсутствие в амбулаторной карте отмечается как замечание в клинико-анатомическом эпикризе (сопоставление диагнозов не может быть выполнено).

В случаях, когда клинический диагноз сформулировать не представляется возможным и тело умершего направляется на патологоанатомическое вскрытие для установления причины смерти, сопоставления диагнозов не производится и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на клинико-экспертных комиссиях и для годовых отчетов.

При наличии заключительного клинического диагноза при его сопоставлении с патологоанатомическим выясняют наличие совпадения или расхождения диагнозов. При расхождении диагнозов - не определяют категорию расхождения (она применима только для умерших больных в стационарах). Среди объективных и субъективных причин расхождения диагнозов указывают лишь те, которые не подразумевают госпитализацию больного (исключены такие причины, как краткость пребывания в стационаре, ошибки консультантов и др.).

Рекомендуется регулярно (ежеквартально) проводить совместно с амбулаторно-поликлиническими учреждениями заседания клинико-экспертных комиссий по анализу летальных исходов. При необходимости следует привлекать к такому анализу специалистов и руководство Управлений здравоохранения административных округов или Департамента здравоохранения Москвы.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИКАЗЫ МЗ РФ.

1. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983г. № 375 “О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране”.
2. Приказ МЗ РСФСР от 04.01.88 г. № 2 “О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР”
3. Приказ МЗ РФ от 29.04.94 г. № 82 “О порядке проведения патологоанатомических вскрытий”.
4. Приказ МЗ РФ от 04.12.96 г. № 398 “О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации”
5. Приказ МЗ РФ от 27.05.1997г. № 170 “О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10”
6. Приказ МЗ РФ от 07.08.98 г. № 241 “О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-X (с 01.01.1999 г.)”,

ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ И МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ.

В качестве примеров с вступительными замечаниями представлены патологоанатомические диагнозы и медицинские свидетельства о смерти наиболее часто встречающихся в настоящее время в практике врача-патологоанатома на вскрытиях заболеваний из группы болезней органов кровообращения, новообразований и обусловленных влиянием алкоголя. Примеры отдельных диагнозов даны в сокращенном виде, на практике всегда необходим развернутый, полный диагноз, с привлечением необходимых данных прижизненного обследования, результатов дополнительных методов исследования. Кодирование нозологической единицы в медицинском свидетельстве о смерти, записанной в пункте « II », в настоящее время не рекомендуется, за исключением специальных статистических разработок (в примерах, представленных ниже, такое двойное кодирование использовано).

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВОБРАЩЕНИЯ.

РЕВМАТИЗМ

Основное заболевание. Ревматизм, активная фаза: острый бородавчатый эндокардит митрального клапана.

Осложнения. Тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт в теменной и височной долях левого полушария головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

- а) ишемический инфаркт головного мозга
- б) тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии
- в) ревматизм, активная фаза (I 01.1)

Основное заболевание. Ревматизм, активная фаза: острый ревматический миокардит, склероз створок и сухожильных нитей митрального клапана.

Осложнение. Острое общее венозное полнокровие, выраженный отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) отек легких
- б) острый ревматический миокардит (I 01.2)

Основное заболевание. Ревматизм, активная фаза. Ревматический панкардит: возвратно-бородавчатый эндокардит, сращение и деформация створок, сращение и укорочение сухожильных нитей митрального клапана с преобладанием его недостаточности. Интерстициальный миокардит, слипчивый перикардит.

Осложнения. Тромбоэмболический синдром: тромбоз в левой коронарной артерии, инфаркт миокарда в области боковой стенки и верхушки левого желудочка, свежие инфаркты и постинфарктные рубцы почек и селезенки. Бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки. Острое общее венозное полнокровие, отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Инфаркт миокарда
- б) тромбоэмболический синдром
- в) ревматизм, активная фаза, панкардит (I 01.8)

Основное заболевание. Ревматизм, неактивная фаза. Ревматический сочетанный митрально-аортальный порок сердца: склероз, сращение, деформация и кальциноз створок и сухожильных нитей митрального клапана, створок аортального клапана с преобладанием стеноза (диаметр левого атриовентрикулярного отверстия - 1 см, устья аорты - 1,5 см). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца - 390 г., толщина стенки левого желудочка - 2,0 см, правого - 0,6 см) с выраженной дилатацией полостей сердца.

Осложнения. Хроническое общее венозное полнокровие. Бурая индурация легких, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация почек и селезенки. Двусторонний гидроторакс (по 1000 мл), асцит (около 3000 мл), гидроперикард (300 мл). Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность
- б) ревматический митрально-аортальный порок сердца (I 08.0)

Основное заболевание. Ревматизм, неактивная фаза. Ревматический комбинированный митральный порок сердца (стеноз и недостаточность): склероз, сращение и деформация створок митрального клапана с преобладанием его стеноза, сращения и укорочение сухожильных нитей митрального клапана.

Концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца - 420 г., толщина стенки левого желудочка - 2,3 см., правого - 0,5 см). Операция протезирования митрального клапана протезом (наименование протеза) в условиях искусственного кровообращения и изолированной коронарной перфузии (дата операции).

Осложнения. Острое общее венозное полнокровие внутренних органов. Мускатный фиброз печени. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола, мелкоочечные кровоизлияния в области моста и продолговатого мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола
- б) Операция протезирования митрального клапана (дата)
- в) Ревматический комбинированный митральный порок сердца (I 05.2)

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ БОЛЕЗНИ.

Дифференциальный диагноз между нозологической единицей из группы ишемических болезней сердца – диффузным мелкоочаговым кардиосклерозом и гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца часто представляет большую трудность. Основными критериями являются клинические данные (например, стенокардия и другие проявления ишемических болезней сердца), а также стадия и степень выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий сердца.

Дифференциальный диагноз между первичной (эссенциальной) гипертонической болезнью и вторичными (симптоматическими) артериальными гипертензивными синдромами требует уделять особое внимание состоянию аорты, почечных и сонных артерий, почек, органов эндокринной и нервной систем.

Таким образом, диагноз гипертонической болезни ставится методом исключения, в случаях, когда отсутствуют признаки ишемических болезней сердца и вторичных артериальных гипертензивных синдромов. Во многих таких случаях требуется детальный клинико-морфологический анализ.

Основное заболевание. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек. 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 (II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщенную почку (масса обеих почек – 200 г.).

Осложнения. ХПН, уремия (креатинин крови - ..., мочевины - – клинически, дата): уремический эрозивно-язвенный гастрит, 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) уремия
б) гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек (I 13.1)

Основное заболевание. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца: 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 ...). Атеросклероз коронарных артерий сердца (II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения. Хроническое венозное полнокровие внутренних органов: 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) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность
б) гипертоническая болезнь с поражением сердца (I 11.0)

ИШЕМИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Распространенной до настоящего времени ошибкой при оформлении диагнозов данной группы нозологических единиц остается запись термина “ИБС” (иногда даже “острая” или “хроническая ИБС”), начинающая рубрику основного заболевания. Это недопустимо, так как на первом месте в рубрике основного заболевания должно быть указано “ключевое понятие”, - нозологическая единица, подлежащая кодированию по МКБ, а ИБС – это групповое понятие, такое же, как, например, “цереброваскулярные болезни”, а не нозологическая единица. При кодировании и статистической обработке по требованиям МКБ-10 таким образом ошибочно оформленных диагнозов они попадают в рубрику не уточненной первоначальной причины смерти из группы ишемических болезней сердца (код с последним знаком - .9).

Нозологические единицы группы ИБС исключают, если выявленные ишемические повреждения миокарда (инфаркт миокарда) и их исход, (кардиосклероз) обусловлены коронариитами и миокардитами различной этиологии, тромбоэмболическими осложнениями других заболеваний (например, инфекционного эндокардита или ревматического эндокардита), травматическими повреждениями, первичной опухолью сердца или метастазами опухолей, пороками развития сердца или коронарных артерий. В частности, аневризму коронарной артерии сердца с разрывом и развитием гемотампонады перикарда не следует относить к заболеванию из группы ИБС.

В комбинированном основном заболевании нозологические единицы из группы острых ишемических болезней сердца (острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда, варианты инфаркта миокарда) имеют как танатогенетический, так и медико-социальный приоритет и, по возможности, выставляются на первое место, если, конечно, особенности танатогенеза не диктуют иной формулировки диагноза.

Основное заболевание. Внезапная коронарная смерть. Очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 50% общего просвета трех артерий).

Осложнения. Асистолия (по клиническим данным). Жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти:

- I
 - а) Асистолия
 - б) Внезапная сердечная смерть (I 24.8)
 - в)
 - г)
- II. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия (K 80.1)

Основное заболевание. Острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 75% нисходящей ветви левой коронарной артерии).

Осложнения. Острое общее венозное полнокровие. Выраженный отек легких.

Сопутствующие заболевания. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, диффузный сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 25%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек легких
- б) Острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда (I 24.8)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Острый трансмуральный инфаркт миокарда в области задне-боковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, IV стадия, стеноз до 70% левой нисходящей артерии).

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 430 г., толщина стенки левого желудочка – 1,8 см, правого – 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения. Фибрилляция желудочков сердца (клинически). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, IV стадия, стеноз до 40%). Субсерозная миома матки.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Фибрилляция желудочков сердца
- б) острый инфаркт миокарда, передне-боковой и межжелудочковой перегородки (I 21.0)
- в)
- г)
- II. Гипертоническая болезнь (I 13.0)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передне-боковой стенки и верхушки левого желудочка (давностью около 4 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 70%).

Фоновое заболевание. Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 390 г., толщина стенки левого желудочка – 2,0 см, правого – 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический пневмосклероз.

Осложнения. Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. Гемотампонада перикарда. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии: хроническая язва с признаками эпителизации в области малой кривизны желудка. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Гемотампонада перикарда
- б) Разрыв передней стенки левого желудочка сердца
- в) острый инфаркт миокарда передне-верхушечный (I 21.0)
- г)
- II. Почечная артериальная гипертензия (I 15.1)

Основное комбинированное заболевание:**Конкурирующие заболевания:**

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия).
2. Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

Осложнения. Острое общее малокровие внутренних органов.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность
 - б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (I 21.0)
 - в)
 - г)
- II. Ишемический инфаркт головного мозга (I 63.3)

Основное заболевание. Организующийся крупноочаговый инфаркт миокарда задне-боковой стенки левого желудочка (давностью около 35 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, организованный обтурирующий тромб левой огибающей артерии, стеноз других артерий до 50%).

Осложнения. Острая аневризма сердца в области задней стенки левого желудочка. Острое общее венозное полнокровие. Выраженный отек легких.

Сопутствующие заболевания. Метатуберкулезный пневмосклероз верхней доли правого легкого. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 25%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек легких
 - б) Организующийся инфаркт миокарда, давностью 35 суток (I 25.8)
 - в)
 - г)
- II. Метатуберкулезный пневмосклероз (B 90.9)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда задне-боковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 3 суток), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка. Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 360 г., толщина стенки левого желудочка – 1,7 см., правого – 0,3 см.). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 60% нисходящей ветви левой коронарной артерии).

Фоновое заболевание. Сахарный диабет II-го типа, средней тяжести, в стадии декомпенсации (глюкоза крови - ... от - дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия – клинически).

Осложнения. Острое общее венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I.
 - а) Отек легких
 - б) Повторный инфаркт миокарда, задне-боковой с переходом на правый желудочек (I 21.2)
 - в)
 - г)
- II. Сахарный диабет II-го типа (E 11.2)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Рецидивирующий инфаркт миокарда: свежие (давностью около 3 суток – или “от ... дата”) и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 суток) в области задней стенки и задней сосочковой мышцы левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз ветвей левой коронарной артерии до 75%).

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

Осложнения. Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка. Кардиогенный шок (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. “Шоковые” правая почка и легкие.

Сопутствующие заболевания. Атеросклеротическая деменция (клинически), стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I.
 - а) Кардиогенный шок
 - б) Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца
 - в) Рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки (I 22.1)
 - г)
- II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I 15.0).

Основное заболевание. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз до 60%).

Осложнения. Хроническое общее венозное полнокровие внутренних органов: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%). Старческая эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I.
 - а) Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность
 - б) Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I 25.1)
 - в)
 - г)

II. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия (К 80.1)

Основное заболевание. Хроническая фиброзно-мышечная аневризма сердца в области верхушки и задней стенки левого желудочка. Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 380 г., толщина передней и боковой стенок левого желудочка – 1,8 см., правого – 0,3 см.). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, организованный тромб в начальном отделе огибающей ветви левой коронарной артерии, стеноз до 50% других артерий).

Осложнения. Пристеночные организованные и свежие тромбы в полости аневризмы. Тромбоэмболический синдром: тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт в области теменной и височной долей головного мозга, свежие и инфаркты и постинфарктные рубцы почек и селезенки. Хроническое общее венозное полнокривие: мускатный фиброз печени. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Бляшковидный рак тела желудка (умереннодифференцированная аденокарцинома – гистологически) Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I.
 - а) Ишемический инфаркт головного мозга
 - б) Тромбоэмболический синдром
 - в) Хроническая аневризма сердца (I 25.3)
 - г)
- II. Рак желудка (аденокарцинома) (C 16.2)

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ.

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Субарахноидальное кровоизлияние в области лобных долей головного мозга.

Фоновое заболевание. Почечная артериальная гипертензия: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 380 г., толщина стенки левого желудочка – 1,8 см., правого – 0,3 см.). Двусторонний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, пиелонефритический нефросклероз.

Осложнения. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I.
 - а) отек головного мозга с дислокацией его ствола
 - б) субарахноидальное кровоизлияние головного мозга (I 60.1)
 - в)
 - г)
- II. Почечная артериальная гипертензия (I 15.1)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Субарахноидальное кровоизлияние в области лобных долей головного мозга. Мешковидная аневризма передней соединительной мозговой артерии с разрывом. Атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз до 25%).

Фоновое заболевание. Почечная артериальная гипертензия: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 380 г., толщина стенки левого желудочка – 1,8 см., правого – 0,3 см.). Двусторонний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, пиелонефритический нефросклероз.

Осложнения. Прорыв крови в желудочки головного мозга. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола
- б) Прорыв крови в желудочки головного мозга
- в) Субарахноидальное кровоизлияние головного мозга (I 60.1)
- г)
- II. Почечная артериальная гипертензия (I 15.1)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Внутримозговая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%).

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 430 г., толщина стенки левого желудочка – 1,8 см, правого – 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения. Прорыв крови в полости правого бокового и III-го желудочков головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие заболевания. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола
- б) Прорыв крови в желудочки головного мозга
- в) Внутримозговая гематома (I 61.0)
- г)
- II. Гипертоническая болезнь (I 10).

Основное заболевание. Ишемический инфаркт головного мозга в лобной, теменной долях и подкорковых ядрах левого полушария. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, III стадия, стеноз до 30%, красный обтурирующий тромб левой средней мозговой артерии).

Осложнения. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие заболевания. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола
- б) Ишемический инфаркт головного мозга (I 63.3)
- в)
- г)
- II. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I 25.1)

Комбинированное основное заболевание.

Конкурирующие заболевания.

1. Ишемический инфаркт головного мозга в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я

степень, III стадия, стеноз до 30%, красный обтурирующий тромб левой средней мозговой артерии).

2. Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (давностью около 15 суток). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% огибающей ветви левой коронарной артерии).

Осложнения. Двусторонняя очаговая пневмония в средней и нижней долях правого и нижней доле левого легких. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Пневмония
 - б) Ишемический инфаркт головного мозга (I 63.3)
 - в)
 - г)
- II. Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (I 21.4)

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание. Остаточные явления после перенесенного внутримозгового кровоизлияния (дата – по данным истории болезни): бурая киста в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%).

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

Осложнения. Двусторонняя тотальная очаговая пневмония.

Сопутствующие заболевания. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Пневмония
 - б) Остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния (I 69.1)
 - в)
 - г)
- II. Гипертоническая болезнь (I 10)

Основное заболевание. Атеросклеротическая деменция (клинически). Атрофия больших полушарий головного мозга, внутренняя гидроцефалия. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

Осложнения. Правосторонняя тотальная очаговая пневмония.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Пневмония
 - б) Атеросклеротическая деменция (F 01.9)

БОЛЕЗНИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ

Основное заболевание. Атеросклеротическая сухая гангрена левой стопы. Атеросклероз с преимущественным поражением артерий нижних конечностей (3-я степень, III стадия, стеноз до 50%, организованный обтурирующий тромб левой подколенной артерии).

Осложнения. Красный обтурирующий тромб левой бедренной вены. Тромбоэмболия ствола легочной артерии.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Тромбоэмболия легочной артерии
 б) Атеросклеротическая гангрена нижней конечности (I 70.2)

Основное заболевание. Атеросклеротическая мешковидная аневризма аорты в брюшном отделе с разрывом. Атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия с пристеночными организованными и красными тромбами в области аневризмы).

Осложнения. Забрюшинная гематома (500 мл.) с прорывом крови в брюшную полость (1500 мл). Острое общее малокровие внутренних органов.

Сопутствующие заболевания. Рак правой молочной железы (инфильтрирующий протоковый рак). Метастазы рака в подмышечные лимфатические узлы. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Острая постгеморрагическая анемия
 б) Атеросклеротическая аневризма брюшной аорты с разрывом (I 71.3)
 в)
 г)
 II. Рак правой молочной железы (инфильтрирующий протоковый рак) с метастазами в лимфатические узлы. (C 50.2).

НОВООБРАЗОВАНИЯ

При формулировке диагноза используются общие принципы и требования МКБ-10, изложенные ранее. Основным заболеванием (в т.ч., в составе комбинированного основного заболевания), становится новообразование, только если оно действительно явилось первоначальной причиной смерти. В других случаях новообразование указывают как сопутствующее заболевание, т.к. какие-либо искусственные приоритеты в диагнозе для опухолей отсутствуют.

При онкологических заболеваниях важно дифференцировать поражения органов кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д., развившиеся в результате паранеопластических синдромов и в терминальном периоде заболевания (нарушения свертываемости крови и др.), и самостоятельные болезни этих органов, совпавшие с ними по времени (нозологические единицы из группы ишемических болезней сердца и др.). Например, инфаркт миокарда в первом случае следует указать в рубрике «осложнения» для новообразования (при гиперкоагуляционном синдроме с тромбозом коронарной артерии), во втором – в рубрике комбинированного основного заболевания, как нозологическую единицу из группы ишемических болезней сердца и первоначальную причину смерти онкологического больного.

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

При сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в случаях вышеуказанных ошибочных формулировок клинического диагноза, независимо

от результатов вскрытия, выставляется расхождение диагнозов. При наличии в истории болезни сведений, позволяющих верно сформулировать заключительный диагноз, расхождение указывается по II категории (причина – неверная формулировка клинического диагноза).

Примеры диагнозов

Общие примечания:

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

2. В медицинском свидетельстве о смерти предусмотрено использование только кодов (шифров) новообразований, указанных в МКБ-10. Однако, для гистологической верификации опухоли или для уточнения ее топографии (используется, главным образом, в заключениях при исследовании биопсийного и операционного материала) следует применять шифры второго издания Международной классификации болезней в онкологии (МКБ-О).

Осн.: Рак нижней челюсти (умереннодифференцированный плоскоклеточный рак-гистологически) с прорастанием в прилежащие мягкие ткани (T4N1M0) Метастазы рака в подчелюстные и шейные лимфатические узлы.

Осл.: Раковая кахексия. Бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Хронический болевой синдром (клинически).

Сопутствующие: Сахарный диабет II типа, субкомпенсированный (клинически). Атеросклероз аорты (атерокальциноз), артерий сердца и головного мозга (стеноз до 15%).

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Раковая кахексия

б) Рак нижней челюсти с метастазами (T4N1M0) (С 03.1)

в)

II. Сахарный диабет II типа, субкомпенсированный (Е 11.-).

Основное комбинированное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Глиобластома (гистологически) лобной доли левого полушария головного мозга. Выраженные вторичные изменения (очаги некроза и кровоизлияний) в опухоли.

2. Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка в стадии колликвации. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз основной артерии до 50%).

Осл.: Обширные очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга вокруг опухоли в области левого полушария. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%). Атеросклероз аорты (атерокальциноз), артерий головного мозга (стеноз до 25%). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Камни желчного пузыря.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Дислокация ствола головного мозга

б) Очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга

в) Глиобластома лобной доли левого полушария головного мозга (С 71.1)

II. Ишемический инфаркт мозжечка (I 63.5)

Осн.: Рак дна полости рта (умеренно дифференцированная аденокарцинома – гистологически). Метастазы рака в шейные и подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон (T4N1M0).

Осл.: Некроз метастаза в левый подчелюстной лимфатический узел с аррозией артериального сосуда. Массивное аррозивное кровотечение. Операция остановки кровотечения (дата). Острая постгеморрагическая анемия (данные клинических анализов). Острое общее малокровие внутренних органов.

Сопутствующие. Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти:

- I. а) Острая постгеморрагическая анемия
- б) некроз метастаза в лимфатический узел с аррозией артерии и кровотечением
- в) Рак дна полости рта с метастазами (T4N1M0). (С 04.8)
- II. Алкогольная кардиомиопатия (I 42.6).

(Примечание: см. правила формулировки диагноза при алкогольной болезни)

Основное комбинированное заболевание (конкурирующие заболевания):

1. Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка, давностью около 1 суток. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 50%).

Фоновое: Сахарный диабет II типа, тяжелого течения, стадия декомпенсации (данные биохимии крови – клинически). Диабетическая макро- и микроангиопатия. Диабетический гломерулосклероз.

2. Циркулярный рак поперечно-ободочной кишки (T2N0M0) в области печеночного угла со стенозом просвета кишки (умеренно-дифференцированная аденокарцинома – гистологически). Операция лапаротомии, резекции поперечно-ободочной кишки, наложения двухствольного ануса (дата) по поводу толстокишечной непроходимости.

Осл.: Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Печеночно-почечная недостаточность. Выраженный отек легких.

Сопутствующие: Хронический обструктивный слизистый бронхит, стадия ремиссии. Диффузный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти:

- I. а) Отек легких
- б) Повторный трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка (I 22.8).
- в)
- II. 1) Рак ободочной кишки в области печеночного угла (T2N0M0) (С 18.3).

Осн.: Рак левого яичника (низкодифференцированная аденокарцинома – гистологически), метастазы рака в тазовые и парааортальные лимфатические узлы, в печень, канцероматоз брюшины (T4N1M1). Комбинированное лечение рака: операция экстирпации матки с придатками (дата), до- и послеоперационные курсы химиотерапии (число курсов, препараты).

Осл.: Раковая интоксикация. Выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Сопутствующие: Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли правого легкого.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Раковая интоксикация

б) Рак левого яичника с распространенными метастазами (T4N1M1) (С 56).

в)

II. Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (А 15.2).

Осн.: Блюдцеобразный экзофитный рак желудка (T4N1M1) в области средней трети малой кривизны (низкодифференцированная аденокарцинома – гистологически). Метастазы рака в перигастральные, парааортальные лимфатические узлы, в печень.

Осл.: Раковая кахексия. Бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Двусторонняя очаговая пневмония в 6-10 сегментах легких.

Сопутствующие: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 460 г., толщина стенки левого желудочка – 1,7 см., правого – 0,2 см.), диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Атероартериолосклеротический нефросклероз. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (стеноз до 30%). Атеросклероз аорты (атерокальциноз).

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Пневмония

б) Рак желудка в области средней трети малой кривизны (T4N1M1)(С 16.2).

в)

II. Гипертоническая болезнь (I 11.9)

Осн.: Центральный узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого (низкодифференцированный плоскоклеточный рак – гистологически). Множественные метастазы рака в бронхопульмональные, бифуркационные, пратрахеальные медиастинальные лимфатические узлы, в кости (тела 2-3 поясничных позвонков, правую бедренную кость, 4-7 левые ребра), печень (T4N1M1).

Фоновое: Хронический обструктивный слизисто-гнойный бронхит (с очагами дисплазии и метаплазии эпителия бронхов – гистологически) в стадии обострения. Диффузный перибронхиальный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких.

Осл.: Патологический подвертельный перелом правого бедра. Операция скелетного вытяжения (дата). Раковая кахексия. Бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц. Очаговая пневмония в 2-3 сегментах левого легкого.

Сопутствующие: Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии: эпителизированная хроническая язва в препилорическом отделе желудка.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность

б) Патологический перелом бедра

в) Рак левого верхнедолевого бронха с распространенными метастазами (T4N1M1) (С 34.1).

II. Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии. (К 25.7).

Осн.: Блюдцеобразный рак прямой кишки (низкодифференцированная аденокарцинома – гистологически). Метастазы рака в тазовые, парааортальные лимфатические узлы, в печень, оба надпочечника, в теменную долю левого полушария головного мозга, в мягкие мозговые оболочки основания головного мозга со сдавлением левой средней мозговой артерии и ее ветвей (T4N1M1).

Осл. Ишемический инфаркт головного мозга в области подкорковых ядер и белого вещества теменной и височной долей левого полушария. Выраженный отек головного мозга.

Сопутствующие: Крупно-мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии умеренно выраженного обострения. ХПН I ст.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Ишемический инфаркт головного мозга

б) Рак прямой кишки с распространенными метастазами (T4N1M1) (C 20).

в)

II. Цирроз печени неуточненной этиологии (K 74.6).

Основное комбинированное заболевание (сочетанные заболевания):

1. Рак левой молочной железы (инфильтрирующий протоковый рак – гистологически). Метастазы в левые подключичные, подмышечные лимфатические узлы, правую молочную железу, легкие, печень (T4N1M1).

2. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения. Двусторонние гнойные пиелит, каликулит, правосторонний пиелонефроз.

Фоновое: Сахарный диабет II типа, тяжелого течения, декомпенсированный (биохимия крови – клинически). Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия.

Осл.: Илеофemorальный тромбоз слева. ТЭЛА.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) ТЭЛА

б) Рак левой молочной железы с распространенными метастазами (T4N1M1) (C 50.8).

в)

II. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N 10)

Осн.: Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости по поводу острого перфоративного холецистита и разлитого гнойного перитонита (дата).

Осл.: Печеночно-почечная недостаточность. Выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие: Центральный разветвленный рак правого среднедолевого бронха с прорастанием в плевру и переднее средостение. Метастазы рака в правые бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы (T4N1M0).

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Печеночно-почечная недостаточность

б) Острый перфоративный калькулезный холецистит (K 80.0)

в)

II. Рак правого среднедолевого бронха с метастазами (T4N1M0) (C 34.2).

Осн.: Рак правой почки (почечноклеточный рак – гистологически) в области верхнего полюса с прорастанием в паранефральную клетчатку. Метастазы рака в парааортальные лимфатические узлы (T4N1M0).

Осл.: Паранеопластический гиперкоагуляционный синдром (биохимия крови – клинически). Красный обтурирующий тромб левой огибающей коронарной артерии.

Трансмуральный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка. Острое общее венозное полнокровие.

Реанимационные мероприятия: ИВЛ (число часов или суток), операция трахеостомии (дата).

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Инфаркт миокарда

б) Рак правой почки с метастазами (T4N1M0) (С 64)

в)

II.

Осн.: Массивный двусторонний лучевой фиброз легких в результате послеоперационной лучевой терапии (число курсов, дозы, дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха.

Фоновое: Центральный узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (мелкоклеточный рак – гистологически, T3N0M0). Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата).

Осл.: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность

б) Лучевой фиброз легких в результате лучевой терапии рака легкого (J 70.0).

в)

II. Рак правого нижнедолевого бронха (T3N0M0). Операция лобэктомии, дата (С 34.3).

Основное комбинированное заболевание:

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней и средней долей правого легкого, фаза прогрессирования. БК+.
2. Центральный узловато-разветвленный рак правого среднедолевого бронха (умереннодифференцированный плоскоклеточный рак – гистологически) с прорастанием в корень легкого. Метастазы рака в правые бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы (T4N1M0).

Фоновое: Алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: алкогольный мелкоузловой мононодулярный цирроз печени в стадии ремиссии, алкогольная энцефалопатия и полинейропатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в фазе ремиссии.

Осл.: Острое общее венозное полнокровие. Выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие: Атеросклероз аорты (атерокальциноз).

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность

б) Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, БК+, фаза прогрессирования (А 15.2).

в)

II. Рак правого среднедолевого бронха с метастазами (T4N1M0) (С 34.2).

Осн.: Узловой мультицентрический рак печени (гепатоцеллюлярный рак – гистологически) с поражением правой и левой долей (T3N0M0).

Фоновое: Макро- микронодулярный цирроз печени вирусной этиологии (этиология цирроза – клинически и морфологически), фаза декомпенсации.

Осл.: Сидром портальной гипертензии. Печеночно-почечная недостаточность. Паренхиматозная желтуха.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Печеночно-почечная недостаточность

б) Рак печени (Т3N0M0). (С 22.0).

в)

II. Цирроз печени вирусной этиологии (К 74.6).

Примечание: категорически запрещено использование в диагнозе терминов «цирроз-рак», «рак-цирроз»).

Осн.: Рак (умереннодифференцированная аденокарцинома – гистологически) с неустановленной первичной локализацией опухоли. Метастазы рака в парааортальные, медиастинальные лимфатические узлы, в оба легких, печень, надпочечники, почки.

Осл.: Раковая кахексия. Бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Раковая кахексия

б) Рак с неустановленной первичной локализацией опухоли (С 80).

в)

II.

Основное комбинированное заболевание. Первично-множественный метакронный рак:

1. Блюдцеобразный рак желудка (умеренно дифференцированная аденокарцинома – гистологически) в области тела желудка. Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы (Т3N1M0).

2. Рак правой доли щитовидной железы (папиллярный рак - гистологически) с прорастанием в окружающие мягкие ткани. Метастазы рака в левую долю щитовидной железы, правые и левые шейные лимфатические узлы (Т4N1M0).

Осл.: Двусторонняя очаговая пневмония в 5-10 сегментах. Раковая интоксикация.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Пневмония

б) Рак желудка в области его тела с метастазами (Т3N1M0) (С 97).

в)

II. Рак щитовидной железы с метастазами (Т4N1M0).

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

(алкоголизм, острая и хроническая алкогольная интоксикация, алкогольные поражения органов)

Злоупотребление алкоголем включает в себя такие групповые понятия, как **острая алкогольная интоксикация, или отравление алкоголем** (нередко на фоне алкоголизма или хронической алкогольной интоксикации), **алкоголизм** («хронический алкоголизм»), а также **бытовое пьянство или хроническую алкогольную интоксикацию**. Если отравление алкоголем и его суррогатами является предметом судебно-медицинской экспертизы, то все прочие случаи направляются на патологоанатомическое вскрытие.

Хроническое злоупотребление алкоголем, будь то алкоголизм (диагноз устанавливается психиатром или наркологом) или бытовое пьянство (хроническая алкогольная интоксикация – диагноз устанавливается как клиницистом, так и патологоанатомом, или судебно-медицинским экспертом) следует всегда рассматривать как системное заболевание (алкогольную болезнь).

При этом типичном системном заболевании поражаются различные органы и системы, в разной степени и в разнообразных сочетаниях. В зависимости от тяжести поражения, яркости клинико-морфологических проявлений, а также глубины клинического и морфологического исследования, на первый план обычно выходит алкогольное поражение одного из органов. Именно оно представляется первоначальной причиной смерти в случаях летальных исходов. Обычно при этом имеются клинико-морфологические проявления патологических процессов, вызванных алкоголем, ряда других органов и систем, но уступающих по тяжести и роли в танатогенезе. Наиболее частые и не сложные для клинико-морфологической диагностики органные алкогольные поражения хорошо известны. Это – алкогольные кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия, алкогольные поражения печени (гепатоз, гепатит, цирроз), поджелудочной железы (острые и хронические), желудка (атрофический гастрит), почек (IgA-нефрит) и др. В то же время, для доказательства поражения алкоголем многих других органов (например, органов дыхания) требуется проведение специальных клинических и морфологических исследований.

В любом случае, несмотря на нередкое отсутствие клинических и явных морфологических (особенно, макроскопических) проявлений полиорганной патологии при хроническом злоупотреблении алкоголем, это - всегда системное поражение, в связи с чем и было предложено понятие «алкогольная болезнь». Поэтому формулировка диагноза при алкогольной болезни должна быть основана на разделении острой (при отравлении) и хронической алкогольной интоксикации, алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, а также учитывать полиорганность их проявлений с выделением наиболее пораженного органа (органа-мишени).

Острая алкогольная интоксикация (отравление этанолом и его суррогатами - как первоначальная причина смерти) всегда выставляется в диагнозе как основное заболевание – самостоятельная нозологическая единица. Такой заключительный клинический диагноз требует направления тела умершего на судебно-медицинское вскрытие.

Диагноз «**алкоголизм**» (допускается термин «хронический алкоголизм») может быть выставлен в любой рубрике (основное, конкурирующее, сочетанное, фоновое, сопутствующие заболевания) клинического или патологоанатомического диагнозов, но только в следующих случаях:

- В медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись специалиста (врача психиатра или нарколога) о диагнозе «алкоголизм»,
- В медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись об алкогольном делирии или иных алкогольных психозах,
- В медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по алкоголизму.

Таким образом, диагноз «алкоголизм» не может быть впервые выставлен или отвергнут врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, а является исключительно прижизненным и только психиатрическим.

Алкоголизм – это групповое понятие, поэтому при формулировке диагноза следует указать его конкретную нозологическую (психиатрическую) форму (используются нозологические единицы и коды МКБ-10).

Если при жизни или на секции выявляются алкогольные поражения органов (обычно – более одного), то указывается: «Алкоголизм (психиатрический диагноз из медицинской карты больного) с полиорганными проявлениями (поражениями)», а после двоеточия перечисляются в порядке убывания тяжести поражения органные проявления алкоголизма - нозологические единицы (алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и т.д.). Особенности заполнения медицинского свидетельства о смерти и кодирования таких диагнозов рассмотрены ниже.

Во всех прочих случаях злоупотребления алкоголем (при бытовом пьянстве), когда нельзя использовать термин «алкоголизм», диагноз следует начинать с другого группового понятия: **«Хроническая алкогольная интоксикация»**. Также, как и алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация - это системное заболевание, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы. Поэтому, после указания в диагнозе этого группового понятия и двоеточия, далее в порядке убывания тяжести поражения перечисляется алкогольная органная патология – нозологические единицы (алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и т.д.).

При алкоголизме или хронической алкогольной интоксикации, в случаях, когда первоначальной причиной смерти явилось тяжелое поражение одного органа (а изменения прочих органов в танатогенезе несущественны), в качестве основного заболевания следует выставлять нозологическую единицу, отражающую его поражение. Например, острый алкогольный панкреатит (чаще - обострение хронического панкреатита), алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени (в стадии декомпенсации) и т.д. В таком диагнозе алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением поражения прочих органов выставляется как фоновое заболевание.

В отличие от алкоголизма, диагноз «хроническая алкогольная интоксикация» может и должен быть впервые выставлен (при обнаружении алкогольных органных поражений) врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, даже если он отсутствовал в заключительном клиническом диагнозе и в других записях медицинской карты больного.

Пневмония у больных с алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией, согласно МКБ-10, указывается в рубрике осложнений (часто бывает смертельным осложнением), за исключением случаев хронического обструктивного бронхита в стадии обострения с бронхопневмонией, а также крупозной пневмонии (долевой, бактериальной этиологии, по МКБ-10), которая всегда традиционно выставляется как основное заболевание. При этом алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением прочих органных поражений выставляется в качестве фонового заболевания.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) могут входить в состав органных поражений при алкогольной болезни. Однако общепринятое мнение по этому вопросу и соответствующие коды (шифры) МКБ-10 для алкогольных болезней легких отсутствуют. Поэтому, при алкоголизме или хронической алкогольной интоксикации с полиорганными проявлениями, нозологические единицы из группы ХОБЛ указывают в других рубриках диагноза (основное, сопутствующие и др. заболевания).

При обострении хронического обструктивного бронхита с бронхопневмонией, последнюю целесообразно указать как проявлении этого обострения (соответствует коду – J 44.0).

Оформление медицинского свидетельства о смерти и шифрование (кодирование) по МКБ-10.

В случаях, когда первоначальной причиной смерти является собственно «алкоголизм», в зависимости от конкретных особенностей наблюдения (делирий, психотические расстройства, алкоголизм без уточнений) – именно эти нозологические единицы указываются в медицинском свидетельстве о смерти и используются коды F 10.0 – F 10.5.

Также указывается и кодируется своим шифром по МКБ-10 острая алкогольная интоксикация (отравление алкоголем и его суррогатами).

В случаях диагнозов с перечислением в основном заболевании пораженных алкоголем органов, в медицинском свидетельстве о смерти указывается и кодируется нозологическая единица – первоначальная причина смерти – наиболее пораженный орган, выставленный после двоеточия в основном заболевании после группового понятия

«алкоголизм . . . » или «хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: . . . » .

Если в качестве основного заболевания вынесена одна из нозологических единиц – алкогольных органических поражений, а алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением прочих пораженных органов даны как фоновое заболевание, то шифруется (кодируется) именно та нозологическая единица, которая выставлена как основное заболевание – первоначальная причина смерти. В пункте «II.» медицинского свидетельства о смерти указывается либо алкоголизм, либо хроническая алкогольная интоксикация (в соответствии с тем, что записано в диагнозе, причем несмотря на возможное перечисление алкогольных поражений органов в фоновом заболевании).

Сличение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов производится по общепринятым правилам. Не является расхождением диагнозов нераспознанное при жизни поражение одного из органов, перечисленное после двоеточия после групповых понятий «алкоголизм» или «хроническая алкогольная интоксикация», если такая нозологическая единица не была выставлена первой после двоеточия, т.е. она не являлась первоначальной причиной смерти.

Примеры диагнозов.

Общие примечания:

1. При диагнозах «Алкоголизм с полиорганными проявлениями: ...» или «Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: ...» на первом месте в рубрике «основное заболевание» - в медицинском свидетельстве о смерти указывать и кодировать как первоначальную причину смерти первую нозологическую единицу после двоеточия (наиболее пораженный орган).
2. Диагнозы в рубрике «основное заболевание» «Алкоголизм» или «Хроническая алкогольная интоксикация» вносятся во врачебное свидетельство как первоначальная причина смерти и кодируются (коды F) только если имеются психиатрические алкогольные нозологические единицы, указанные в МКБ-10 (при алкоголизме), или нет возможности выделить наиболее пораженный орган.

Основное заболевание: Острая алкогольная интоксикация (данные прижизненного и судебно-химического анализов крови, мочи).

Фоновое: Алкоголизм с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая алкогольная интоксикация (F 10.0)

б)

в)

II. Алкоголизм (F 10.2)

Основное заболевание: Острая алкогольная интоксикация (данные прижизненного и судебно-химического анализов крови, мочи).

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая алкогольная интоксикация (F 10.0)

б)

в)

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

Основное заболевание: Алкоголизм с полиорганными проявлениями: алкогольный делирий (дата), хронический атрофический гастрит, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз.

Осложнения: Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие: Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Дислокация ствола головного мозга

б) Алкогольный делирий (F 10.4)

в)

II. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии (J 44.8).

Основное заболевание: Алкоголизм с полиорганными проявлениями: алкогольный психоз (вид психоза – диагноз психиатра), хронический атрофический гастрит, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз.

Осложнения: Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие: Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Дислокация ствола головного мозга

б) Алкогольный психоз (F 10.5)

в)

II. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии (.J 44.8)

Основное заболевание: Алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, хронический атрофический гастрит, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии,

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией его ствола

Сопутствующие: Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Дислокация ствола головного мозга

б) Алкоголизм (F 10.2)

в)

II. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии (J 44.8).

Основное заболевание: Алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: хронический индуративный панкреатит в стадии слабо выраженного обострения: мелкие единичные очаги жирового некроза в головке поджелудочной железы, хронический атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз.

Осложнения: Сдавление холедоха головкой поджелудочной железы. Подпеченочная желтуха. Печеночно-почечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Печеночно-почечная недостаточность

б) Сдавление холедоха поджелудочной железой

в) Алкогольный хронический панкреатит (К 86.0)

II.

Основное заболевание: Алкогольный хронический панкреатит в стадии обострения: гнойное расплавление хвоста, отек, жировые некрозы и кровоизлияния в теле и головке поджелудочной железы. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

Фоновое: Алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз.

Осложнения: Ферментативный шок.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Ферментативный шок

б) Острый панкреатит (К 85)

в)

II. Алкоголизм (F 10.2)

Основное заболевание: Эндофитный изъязвленный субтотальный рак желудка с обширным распадом опухоли (перстневидноклеточный рак – гистологически) с поражением его тела и кардии. Метастазы рака в перигастральные, парааортальные лимфатические узлы, в печень, легкие, оба надпочечника (Т 4 N 1 M 1).

Осложнения: Массивное желудочное кровотечение из распадающейся опухоли. Острое общее малокровие.

Сопутствующие: Алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Массивное желудочное кровотечение

б) Рак тела и кардии желудка (С 16.8).

в)

II. Алкоголизм (F 10.2)

Основное заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Острое общее венозное полнокровие. Пристеночный организованный тромб в правом желудочке сердца. ТЭЛА.

Сопутствующие: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) ТЭЛА

б) Алкогольная кардиомиопатия (I 42.6)

в)

II. Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения (J 44.1).

Основное заболевание: Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения: очаговая пневмония (указание об этиологии) в 4-10 сегментах левого легкого. Диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Острое общее венозное полнокровие.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, с бронхопневмонией (J 44.0)

б)

в)

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

Основное заболевание: Крупозная пневмония (указание об этиологии) верхней доли левого легкого в стадии серого опеченения. Левосторонний фибринозный плеврит.

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие: Метатуберкулезный пневмосклероз верхней доли правого легкого.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Крупозная пневмония (J 15.-)

б)

в)

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

Основное заболевание: Тотальный геморрагический панкреонекроз. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз.

Осложнения: Разлитой ферментативный серозно-геморрагический перитонит. Ферментативный шок.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Ферментативный шок

б) Панкреонекроз (K 85)

в)

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

Основное заболевание: Алкогольная кардиомиопатия.

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Осложнения: Мускатный фиброз печени, цианотическая индурация селезенки, почек, бурая индурация легких. Острое общее венозное полнокровие.

Медицинское свидетельство о смерти.

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность

б) Алкогольная кардиомиопатия (I 42.6)

в)

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

Основное заболевание: Алкогольный мелкоузловой монолобулярный цирроз печени в стадии декомпенсации.

Фоновое: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: хронический индуративный кальцифицирующий панкреатит в стадии ремиссии, хронический атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический обструктивный слизистый бронхит в стадии ремиссии.

Осложнения: Синдром портальной гипертензии. Печеночно-почечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти.

- I. а) Печеночно-почечная недостаточность
- б) Алкогольный цирроз печени (К 70.3)
- в)
- II. Хроническая алкогольная интоксикация (F 10.1)

ЛИТЕРАТУРА

1. *Автандилов Г. Г.* Динамика атеросклеротического процесса у человека (Вопросы морфогенеза и патогенеза). - М.: Мед.- 1970. – 208 с.
2. *Автандилов Г. Г.* Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов // *Арх. пат.* - 1971.– № 8.– С.66–71.
3. *Автандилов Г. Г.* Проблемы патогенеза и патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии.— М.: Мед. - 1984.— 288 с.
- Автандилов Г.Г.* Основы патологоанатомической практики. - М.:РМАПО.—1998.— 505 с.
4. *Автандилов Г. Г.* Основы количественной патологической анатомии. - М.: Мед.— 2002.— 240 с.
5. *Автандилов Г. Г., Райнова Л. В., Преображенская Т. М.* Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. – М.:ЦОЛИУВ.— 1987.— 94 с.
6. *Бунге М.* Причинность. Место принципа причинности в современной науке.(пер.с англ.).— М.: ИЛ. - 1962.
7. *Вихерт А.М., Жданов В.С.* Атеросклероз при различных заболеваниях..- М.: Мед .— 1976.— 210 с.
8. *Гуляев В.А., Автандилов Г.Г., Филатов В.В.* Принципы формулирования диагнозов с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ–10) // *Военно–медицинский журнал.* – 2000.— № 12. – С.18 –22.
9. *Давыдовский И.В.* Об определении понятия «болезнь» // *Арх. пат.* - 1966.— №.8. – С. 2–8.
10. *Давыдовский И.В.* Философские основы патологии // *Арх.пат.* - 1969.— №6. – С. 3–9.
11. *Зайратьянц О.В.* Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991 – 2000 гг.). Методические рекомендации. Часть 1, 2. – М.: Комитет здравоохранения Москвы. – 2001. – 80 с.
12. *Зайратьянц О.В.* Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991 – 2000 гг.). – *Арх. пат.* – 2002. – приложение к № 3. – 64 с.
13. *Зайратьянц О.В., Автандилов Г.Г., Плавунов Н.Ф.* Требования международной классификации болезней 10–го пересмотра к патологоанатомической службе. Часть I. Общие положения. – М.: Методические рекомендации Комитета здравоохранения Москвы. - 1999.
14. *Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г.* Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. Методические рекомендации . - М.: РАМН. - 2001.— 142 с.
15. *Иванов В.Г.* Детерминизм в философии и физике. Л.:—1974.—120 с..
16. *Информатика / ред. К. В. Тараканов.*— М.: Книга.— 1986.— 304 с.
17. *Корюкова А. А., Дера В. Г.* Основы научно-технической информации: Учеб. пособие.— М., 1985 —224 с..
18. Международная гистологическая классификация опухолей № 1 - № 25. ВОЗ.- Женева.-1974 – 1984.
19. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. ВОЗ.- Женева. - т.1, 2, 3. - 1995–1998.
20. Международная классификация онкологических болезней. Второе издание .1995 ВОЗ.- Женева.-1995.— 111 с.

21. *Милованов А.П., Фокин Е.И., Зайратьянец О.В. и др.* Принципы построения заключительного клинического и патологоанатомических диагнозов при материнской смерти. Методические указания № 2001/193. - М.: Минздрав РФ. – 2001. - 31 с.
22. *Раденска-Лоповок С.Г., Шостак Н.А., Зайратьянец О.В. и др.* Ревматическая лихорадка – вопросы клинико-морфологической диагностики и лечения. – М.: Комитет здравоохранения Москвы. – 2002. – 40 с.
23. Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (9 пересмотр). Том.1.–Женева. ВОЗ.–1980.– 757с.
24. *Саркисов Д.С., Смольяников А.В., Вихерт А.М. и др.* Правила оформления медицинской документации патологоанатомического отделения (секционный раздел работы). Методические рекомендации. – М. – 1987.
25. *Филатов В.В., Автандилов Г.Г., Зайцева К.К.* // К вопросу оформления заключительных диагнозов при некоторых болезнях системы кровообращения // Военно–медицинский журнал.– 2001.– №4. – С.48 –53.
26. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней (пер. с немец.). М.: Мед.– 1965.– 794 с.