

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА В СООТВЕТСТВИЕ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-го ПЕРЕСМОТРА

д.м.н., проф. О.В. Зайратьянц¹, д.м.н., проф. Л.В. Кактурский², д.м.н., доц. П.Г. Мальков³

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России» (ректор — д.м.н., проф. О.О. Янушевич)

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт морфологии человека» (директор — проф. О.В. Макарова)

³Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (факультет фундаментальной медицины, декан — проф. В.А. Ткачук)

Аннотация: В статье проанализированы причины значительных различий статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения в разных субъектах и регионах РФ. Указано на безотлагательную необходимость приведения в соответствие с современными требованиями единых и обязательных для исполнения правил формулировки, кодирования диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.

Ключевые слова: формулировка диагноза, рубрики диагноза, коморбидные состояния, медицинское свидетельство о смерти

MODERN REQUIREMENTS FOR THE DEFINITION OF THE DIAGNOSIS ACCORDING TO THE NATIONAL LAW AND INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF ICD-10

O.V. Zairatyants, L.V. Kactorski, P.G. Malkov

Abstract: The reasons for the differences between statistics on morbidity level and death causes in different subjects of the Russian Federation were analyzed. There is a need to align the rules of definition, diagnosis coding and registration of death certificate with modern requirements.

Keywords: The definition of the diagnosis, headings of diagnosis, comorbid conditions, medical certificate of death

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2015-1-4-14-20>

◇ ВВЕДЕНИЕ

Приоритет в научной разработке теории диагноза принадлежит отечественным ученым. Еще в 1909 г. Г.А. Захарьин впервые обозначил такие понятия, как «главная болезнь» и «второстепенная болезнь» [6]. Основы учения о диагнозе были заложены в середине XX века в трудах И.В. Давыдовского, М.К. Даля, А.И. Струкова, А.М. Вихерта, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова, В.В. Серова, О.К. Хмельницкого, Г.Г. Автандилова и др. [1, 2, 4, 5, 9, 16, 17].

Диагноз (греч. διάγνωσις — распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) в энциклопедическом словаре медицинских терминов определен как медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней, их форм, вариантов течения, и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента [3, 19].

Согласно одному из наиболее полных определений, диагноз — это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге [2, 5, 9, 16].

◇ ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗОВ

Диагноз должен быть [2, 5, 9, 16]:

- нозологическим (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы [нозологической единицы], если это невозможно — синдрома);
- соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней (Международной номен-

клатуре болезней и Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра [МКБ-10], а также добавленным рубрикам в соответствии с ее обновлениями [8] и письмом Минздрава России от 05.12.2014 г. № 13-2/1664);

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

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

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

- фактически и логически обоснованным (достоверным);

- своевременным и динамичным (в большей мере это касается заключительного клинического диагноза).

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях [5, 9, 16].

В Российском законодательстве заболевание определяется как возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [18, статья 2, часть 16].

Состояние определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [18, статья 2, часть 17].

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является нозологический. Термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001 [14]:

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

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

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате

диагностики, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий [18, статья 2, часть 7].

♦ ПРИОРИТЕТНЫЕ ФУНКЦИИ ДИАГНОЗА

Исходя из вышеизложенных положений федерального законодательства, диагноз наделен разнообразными функциями:

1) медицинской: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза развития заболевания [2, 3, 19];

2) социальной: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи) [18, статья 58];

3) экономической: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи [18, статья 37] и клинических рекомендаций (протоколов лечения) [18, статья 76, часть 2].

4) статистической: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения [18, статья 80, часть 7; статья 81, часть 4, пункт 3].

Принимая во внимание законодательно установленный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [18, статья 6], ни одна из функций диагноза не может быть реализуема за счет создания условий, могущих обеспечить снижение качества оказания медицинской помощи. И потому диагноз всегда должен представлять собой полноценное медицинское заключение о состоянии здоровья и об имеющемся заболевании (состоянии). Медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. В связи с этим недопустимо любое выхолащивание и упрощение диагноза, мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизированные формулировки, схемы или правила.

♦ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ И НЕСООТВЕТСТВИЯ

Однако в настоящее время региональные нормативно-распорядительные документы, а также учебные материалы для до- и последилового образования по правилам формулировки и кодированию диагноза, оформлению свидетельства о смерти не только противоречат федеральным, но и в своих отдельных положениях уже не соответствуют как Федеральному закону № 323-ФЗ [18], так и требованиям экспертов ВОЗ, изложенным в МКБ-10 [7, 8].

Некоторые федеральные распорядительные документы [10–12, 15] ограничивают диагноз только тремя рубриками: основное заболевание, осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания, которые впервые были введены еще приказом Минздрава

СССР от 3 января 1952 г. № 4. При коморбидности, частота которой, как известно, превышает 50% у больных старше 50 лет [5, 9], прочие, помимо основного, важнейшие заболевания, потребовавшие проведения лечебно-диагностических мероприятий, а при летальном исходе влиявшие на его наступление, рекомендуется указывать в рубрике «сопутствующие заболевания», что противоречит его определению, данному как в Федеральном законе № 323ФЗ [18], так и МКБ-10 [7, 8], а также в методических документах патологоанатомической службы [2, 5, 9, 16]. Следует, однако, отметить, что и в последних ошибочно рекомендуется указывать сопутствующие заболевания в части II свидетельства о смерти, наряду с коморбидными заболеваниями, что не допускается МКБ-10 [7]. К сожалению, такой монокаузальный подход к структуре диагноза с ограничением его только основным заболеванием без учета возможной коморбидности лег в основу и экономики здравоохранения, в частности, взаимодействия медицинских и страховых организаций [15].

Противоречат федеральным [10–12] региональные требования и рекомендации патологоанатомической службы [5, 9, 16] в плане обязательного или необязательного заполнения и кодирования в свидетельствах о смерти всех без исключения строк в части I (пп. а, б, в). Следует отметить, что на практике ситуаций, требующих заполнения всех этих пунктов, не так много и это оговорено в МКБ-10 [7].

Проблема усугубляется тем, что, в отличие от большинства стран мира, на врачей, как клиницистов, так и патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов возложены функции не только формулировки диагноза, но и кодирования его в соответствии с требованиями действующей МКБ, что за рубежом практически повсеместно является обязанностью специалистов по медицинской статистике. Приказом Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» было окончательно закреплено за врачами-патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами требование кодировать по МКБ медицинскую документацию результатов вскрытий (диагнозы и медицинские свидетельства о смерти).

Для сравнения: в международной форме свидетельства о смерти, которая заполняется врачами и для примера представлена в МКБ-10, в отличие от принятых в РФ бланков свидетельств о смерти, вообще нет графы для кодов МКБ [7]. Несмотря на многолетнюю большую работу, проводимую в системе последипломного образования по обучению врачей этой несвойственной им функции, следует признать, что такой подход малоперспективен и это одна из основных причин дефектов в статистике заболеваемости и смертности населения.

В результате статистические данные о заболеваемости и причинах смерти населения в разных субъектах и регионах РФ нередко значительно различаются, и назрела безотлагательная необходимость приведения в соответствие с современными требованиями и согласования с Минздравом России и профессиональными медицинскими ассоциациями единых и обязательных для исполнения правил формулировки, кодирования диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.

◇ ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ПРИНЯТАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА

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

1. **Основное заболевание** — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи из-за наибольшей угрозы работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти [18, статья 2, часть 18];

2. **Сопутствующее заболевание** — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти [18, статья 2, часть 19]. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже — синдромами). По поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений. [2, 5, 9, 16].

Следует обратить внимание, что понятия основное заболевание и сопутствующее заболевание определены законодательно, и не подлежат модификациям при дальнейшем обсуждении этих терминов.

Из законодательно установленного определения основного заболевания следует наличие в структуре диагноза рубрики «Осложнения основного заболевания», которое определяет первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Осложнения основного заболевания — это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнение основного заболевания определяют также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и нередко являющийся непосредственной причиной смерти. Осложнение основного заболевания — это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушения целостности органа или его стенки, кровотечения, острой или хронической недостаточности функции органа или системы органов [2, 5, 9, 16].

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение. Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность [2, 5, 9, 16].

Исходя из вышеуказанных положений, общая структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:

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

Такая рубрификация диагноза была впервые утверждена приказом Минздрава СССР от 3 января 1952 г. № 4 и без изменений сохранилась до наших дней в бланках медицинских карт [2, 5, 9, 13, 16].

Нерубрифицированные заключительный клинический, патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению. **Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как неверно оформленный [2, 5, 9, 16].**

Даже при такой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний). Потому в МКБ–10 принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются при анализе заболеваемости и смертности [7].

Так, за состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов [7, т. 2, с. 107].

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. В связи с этим в процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться [2, 5, 7, 9, 16].

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями — это особый вид ятрогенных патологических процессов — указываются в этой же подрубрике диагноза [2, 5, 9, 16] (Пример 1).

Пример 1

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) в области заднебоковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 70% устья левой артерии, обтурирующий красный тромб длиной ... и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

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

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

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

лушария (I69.4). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечная недостаточность

б) Фибрилляция желудочков сердца

в) Острый инфаркт миокарда, переднебоковой и межжелудочковой перегородки (I21.0).

г) —.

II.—.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ в МКБ–10 введено понятие первоначальной причины смерти, которое определяется как болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму [7, т. 2, с. 34].

Смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти) определяется как непосредственная причина смерти [7, т. 2, с. 35].

Таким образом, понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия основного заболевания, а понятие непосредственной причины смерти — аналогом смертельного осложнения основного заболевания.

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти [18, статья 2, часть 19], в статистике причин смерти не используются, и потому в медицинское свидетельство о смерти не выносятся (Примеры 2, 3).

Пример 2

Патологоанатомический диагноз

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

Осложнения основного заболевания. Фибринозный перикардит. Отек легких.

Сопутствующие заболевания. Постинфарктный кардиосклероз. Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии. Лейомиома тела матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I.: а) Острая дыхательная недостаточность.

б) Пневмония нижнедолевая, вызванная *St. pneumoniae* [J13]

в) —.

г) —.

Часть II.: —.

Пример 3

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно устья правой артерии до 80%) (I25.1).

Осложнения основного заболевания: Миогенная дилатация полостей сердца. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно перед-

ней и средней правых мозговых артерий до 30%). Старческая эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I.: а) Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

б) Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I25.1).

в) —.

г) —.

Часть II.: —.

♦ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Потому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам. Множественность причин смерти определяется как коморбидность (термин предложен А.Р. Feinstein в 1970 г. [20]). Особо подчеркивается, что поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с местными правилами [7, т. 2, с. 107].

В порядке реализации этой рекомендации ВОЗ полезен российский опыт разработки теории диагноза, который должен быть принят в качестве основы для разработки местных (национальных) правил анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам.

В 1971 году Г.Г. Автандиловым с целью учета и анализа смертности по множественным причинам было предложено понятие комбинированное основное заболевание на основе выделения моно-, би- и мультикаузального типов диагнозов [1, 2]. Впоследствии было уточнено, что для практической работы не следует формулировать диагноз по мультикаузальному принципу («полипатия») из-за особенностей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза. Кроме того, допускалось расширение комбинированного основного заболевания до трех нозологических единиц, например, двух конкурирующих или сочетанных и фонового заболевания [2, 5, 9, 16].

Комбинированное основное заболевание, представленное конкурирующими или сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями, нашло широкое применение. Были разработаны правила выделения нозологической единицы, выставляемой на первое место в комбинированном основном заболевании, как основной единицы учета при статистическом анализе заболеваемости и первоначальной причины смерти при летальном исходе [2, 5, 9, 16].

Однако подмена при коморбидности рубрики «Основное заболевание» понятием «комбинированное основное заболевание» нарушает требования федерального законодательства и МКБ-10, а также усложняет выбор первоначальной причины смерти.

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти [7, т. 2, стр. 35]. В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) целесообразно указывать как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания (состояния) в дополнительной рубрике после рубрики основное заболевание. Они должны иметь общие осложнения с основным заболеванием, так как они со-

вместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Исходя из этих положений, структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание.

2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания — при наличии)

3. Осложнения основного (и коморбидных — при наличии) заболеваний.

4. Сопутствующие заболевания.

Конкурирующее заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший, и каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти [2, 5, 9, 16].

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший и, которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода [2, 5, 9, 16].

Фоновое заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (состояния), отягощающее его течение и способствующее возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие [2, 5, 9, 16].

В соответствии с правилами ВОЗ, в качестве первоначальной причины смерти должно учитываться только одно из этих состояний, выбранное в соответствии с таблицами рангов, рекомендованными ВОЗ [7, т. 2, с. 69–72]. В диагнозе это заболевание (состояние) указывается в рубрике «Основное заболевание» и вписывается в часть I медицинского свидетельства о смерти. Все прочие заболевания (состояния), связанные с причиной смерти (коморбидные заболевания — конкурирующие, сочетанные и фоновые), в соответствии с рекомендациями о необходимости анализа по множественным причинам, записываются в следующую за ним рубрику «Коморбидные заболевания» и должны быть отражены в части II медицинского свидетельства о смерти как прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

В рубрике «Коморбидные заболевания» не следует указывать более двух-трех нозологических единиц (конкурирующих, сочетанных и фоновых заболеваний), превращая диагноз, фактически, в полипатию, что свидетельствует, обычно, о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и малоприспособно для статистического учета (Примеры 4, 5).

Пример 4

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Алкогольная кардиомиопатия (I42.6).

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное злоупотребление алкоголем без упоминания о синдроме зависимости) с полиорганными поражениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.1)

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Пристеночный организован-

ный тромб в правом желудочке сердца. Тромбоэмболия легочной артерии

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): киста в области.... Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Тромбоэмболия легочной артерии

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости) (F10.1)

Пример 5

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 40% левой артерии, красный обтурирующий тромб длиной ... см. и нестабильная, с разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

Сочетанное заболевание: Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга (атеротромботический, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стеноз до 50%, красный обтурирующий тромб длиной 1,5 см и нестабильные атеросклеротические бляшки с кровоизлияниями преимущественно правой средней мозговой артерии) (I63.5).

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 нефросклероз (масса обеих почек — ... г.) (I15.1).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Некротический нефроз. Отек легких, отек головного мозга.

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0).

в) —.

г) —.

II. Ишемический инфаркт головного мозга (I63.5).

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Таким образом, структура диагноза должна включать рубрики: «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания». Основное заболевание (состояние) указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти. В соответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и т.н. «промежуточные состояния», которые выбираются из раздела «Осложнения основного заболевания», но не кодируются.

При коморбидном состоянии прочие важные заболевания (состояния), ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе — способствовавшие смерти, определены как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания, указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся в часть II свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ–10.

Сопутствующие заболевания (состояния) в свидетельстве о смерти не выносятся и не кодируются, как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на его наступление.

♦ ВЫВОДЫ

Диагноз должен включать рубрики «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания».

В качестве основного заболевания указывается только то, которое стало поводом для проведения лечебно-диагностических мероприятий во время последнего эпизода оказания медицинской помощи, а при летальном исходе — само по себе или через свои осложнения могло привести к смерти. Это заболевание указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти. В соответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и т.н. «промежуточные состояния», которые выбираются из рубрики осложнения основного заболевания, но не кодируются.

При коморбидном состоянии прочие важные заболевания, ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе способствовавшие смерти, определенные как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые, указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся в часть II свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ–10.

Сопутствующие заболевания в свидетельстве о смерти не выносятся, как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на его наступление.

♦ ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в работе патологоанатомов. Архив патологии. — 1971, 8:66–71.
2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. Учебное пособие. — М.: Медицина, 2004.
3. Большая медицинская энциклопедия. Под ред. Б.В. Петровского. — М.: Советская энциклопедия, 1977.
4. Даль М.К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация. — Киев: Медгиз, 1958
5. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2011.
6. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. — М., 1909.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. — Женева: ВОЗ, 1995.

8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: Обновления 1998–2012. <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.
9. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
10. Письмо Минздрава России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».
11. Письмо Минздрава России от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ–10».
12. Письмо Минздрава России 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ–10».
13. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».
14. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001».
15. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 (в последующей редакции приказа от 16.08.2011 г. № 144 и т.д.) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
16. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении. Выпуск 1. Под ред. Р.У. Хабриева, М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца и др. — М.: Медицина для всех, 2007.
17. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. — М.: ЦОЛИУВ, 1977.
18. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397).
19. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Б.В. Петровского. М.: Советская энциклопедия, 1982.
20. Feinstein A. R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Disease*. 1970, 23(7) — С. 455–468.

Для корреспонденции

ЗАЙРАТЪЯНЦ Олег Вадимович — заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, доктор мед. наук, профессор, вице-президент Российского и председатель Московского общества патологоанатомов. Тел. 8(903)184-92-17 • E-mail: ovzair@mail.ru,

КАКТУРСКИЙ Лев Владимирович — научный руководитель ФГБНУ НИИ морфологии человека, член-корр. РАН, доктор мед. наук, профессор, Президент Российского общества патологоанатомов •

МАЛЬКОВ Павел Георгиевич — профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, руководитель курса патологической анатомии кафедры физиологии и общей патологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, доктор мед. наук, доцент •