Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра патологической анатомии

им. проф. Подзолкова П.Г. с курсом ПО

Кириченко А.К., Али-Риза А.Э., Парилов С.Л., Левкович Л.Г., Полеева Т.Г.

**Формулировка заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.**

**Анализ летальных исходов**

руководство для ординаторов

Красноярск

 2016

УДК 616-091(07)

ББК 52.51

Ф 79

Формулировка заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Анализ летальных исходов : рук. для ординаторов / А. К. Кириченко, А. Э. Али-Риза, С. Л. Парилов [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2016. - 85 с.

**Авторы:**

д.м.н., зав. кафедрой Кириченко А.К.;

д.м.н., профессор Али-Риза А.Э.;

д.м.н., профессор Парилов С.Л.;

к.м.н., доцент Левкович Л.Г.;

ассистент Полеева Т.Г.

Руководство по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия» соответствует действующему Приказу Минздрава России от 25.08.2014 № 1049 «Об утверждении федерального государственного стандарта высшего образования по специальности (31.08.07- Патологическая анатомия) (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия, утвержденной ЦКМС 26.03.2015 г.

Предназначено для ординаторов высших образовательных медицинских учреждений, врачей-интернов, врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей всех специальностей, специалистов по клинико-экспертной работе и медицинской статистике. Подробно освещает основные положения о диагнозе, основные требования к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с МКБ-10.

Имеются тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля знаний.

**Рецензенты:**

д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО Новосибирского государственного медицинского университета МЗ РФ Надеев А.П.;

д.м.н., доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ГБОУ ВПО Дальневосточного государственного медицинского университета МЗ РФ, Власюк И.В.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_\_\_от \_\_ \_\_ \_\_г.)

 © ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф.

 В.Ф.Войно-Ясенецкого

 Минздрава России, 2016

© Кириченко А. К., Али-Риза А. Э.,

 Парилов С. Л., Левкович Л. Г.,

 Полеева Т. Г., 2016

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Предисловие………………………………………………………………….. | 3 |
| Диагноз, понятие. Современные требования к диагнозу. Этапы диагностического процесса…………………………………………………. | 6 |
| Основные требования МКБ-10 к формулировке заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов……………………… | 10 |
| Общие правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов………………………………...……… | 12 |
| Формулировка диагноза при болезнях системы кровообращения……….. | 18 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при болезнях системы кровообращения…………………………………………………………....… | 24 |
| Формулировка диагноза при новообразованиях………………………...… | 30 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при новообразованиях……….……… | 31 |
| Формулировка диагноза при заболеваниях органов дыхания……………. | 38 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при заболеваниях органов дыхания. | 40 |
| Формулировка диагноза при заболеваниях органов пищеварения………. | 44 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при заболеваниях органов пищеварения…………………………………………………………..…...…. | 46 |
| Формулировка диагноза при хроническом алкоголизме, острой и хронической алкогольной интоксикации…………………………….…….. | 49 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при хроническом алкоголизме, острой и хронической алкогольной интоксикации………………….….…. | 53 |
| Формулировка диагноза при ятрогенных патологическихпроцессах………………………………………………………….………… | 55 |
| Примеры оформления заключительных клинических и патологоанатомических диагнозов при ятрогенной патологии.……... | 61 |
| Правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов…………………………….…….... | 63 |
| Порядок организации и проведения комиссий по изучению летальных исходов и клинико - патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях……………………………..….…….…… | 69 |
| Тестовые задания………………………………………………..…..………. | 79 |
| Ситуационные задачи…………………………………………..……..…….. | 81 |
| Список литературы……………………………………………..….………... | 87 |

**ПРЕДИСЛОВИЕ**

Диагноз является важнейшим этапом, результатом и показателем качества работы врача. Он определяет тактику лечения больного, содержит основную информацию о состоянии его здоровья, необходим для управления качеством медицинских услуг, служит для получения достоверных статистических данных о причинах заболеваемости и смертности населения.

Полноценное выполнение перечисленных функций невозможно безунификации и точного соблюдения правил формулировки диагноза. Отсутствие единых подходов к оформлению диагноза у врачей различных специальностей приводит к распространенным ошибкам, что не только негативно отражается на лечебном процессе, но и ведет к искажению государственной статистики.

В настоящем руководстве представлены правила формулировки диагноза, составленные в соответствии с нормативными и распорядительными документами Минздравсоцразвития Российской Федерации, принятые рабочей группой по разработке данного стандарта, организованной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (2006г.). В нем рассматриваются основные положения о назначении и принципах построения клинического и патологоанатомического диагнозов с учетом требований Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и порядок клинико-анатомических сопоставлений в процессе анализа летальных исходов: сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, определение категории и причин расхождения, порядок проведения заседаний комиссий по изучению летальных исходов и клинико-патологоанатомических конференций.

Руководство составлено на основе современных регламентирующих документов, инструкций, методических разработок и в соответствии с программой по дисциплине «патологическая анатомия», действующей в медицинских вузах Российской Федерации. В руководство включены примеры оформления диагнозов при наиболее часто встречающейся в клинической практике патологии, ситуационных задач и тестовых заданий.

Учебное пособие предназначено для ординаторов высших образовательных медицинских учреждений, врачей-интернов, врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей всех специальностей, специалистов по клинико-экспертной работе и медицинской статистике.

**ДИАГНОЗ, ПОНЯТИЕ**

**СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДИАГНОЗУ**

**ЭТАПЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

**Диагноз –** (греч. diagnosis распознавание) 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.

Выделяют четыре основных вида диагноза: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский и эпидемиологический.

Правильно, полноценно оформленный диагноз несет разнообразную функциональную нагрузку. Он необходим для проведения следующих видов медицинской деятельности:

1. назначение и проведение соответствующего лечения;
2. обеспечение преемственности при переводе пациента в другое медицинское учреждение или при смене специалистов в процессе обследования и лечения больного;
3. проведение медицинской реабилитации, экспертизы трудоспособности, профессионального отбора;
4. экспертиза годности к военной службе, юридической дееспособности;
5. своевременное проведение противоэпидемических мероприятий;
6. статистический учёт и прогнозирование заболеваемости и смертности;
7. контроль качества клинической диагностики и лечения;
8. обучение врачей и совершенствование клинического мышления;
9. научный анализ вопросов диагностики, клиники, лечения и патоморфоза болезней, а также их этиологии, патогенеза.

**Современные требования к диагнозу**

Современные требования к диагнозу большей частью относятся к его прижизненному клиническому варианту:

1. Точность. На этом строится весь лечебный процесс и профилактика болезней.
2. Достоверность. Понятие ”достоверность” обычно оценивается как обоснованность, доказательность, бесспорность или значительная вероятность истинности данного утверждения.
3. Воспроизводимость. Написание диагноза с использованием общепринятых стандартных терминов на основании унифицированной классификации МКБ-10.
4. Надежность. Диагноз считается надежным, когда учтены крайние варианты течения данной болезни, её атипичность.
5. Своевременность. Является безусловным требованием к диагнозу, поскольку, как правило, определяет адекватность проведённого лечения и часто играет решающую роль в жизни больного. В условиях экстренной госпитализации нередко устанавливается предварительный диагноз, который может быть изменен в результате дальнейшего обследования или лечения пациента.
6. Структурность. Предполагает оформление диагноза с унифицированными рубриками (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания) и изложение его с учетом хронологии развития выявленных процессов.

Перечисленные требования являются критериями, которые сегодня строго предъявляются ВОЗ, к оформлению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов и обязательными для врачей всех специальностей любых медицинских организаций.

**Этапы диагностического процесса**

Процесс постановки диагноза включает три этапа.

 ***Первый этап*** – выявление патологических изменений по установленным врачом отклонениям от анатомической, физиологической, биохимической нормы на основании наружного осмотра или макроскопического исследования, определения температуры, данных перкуссии, аускультации, пальпации, анализов крови, мочи, рентгенологического гистологического, цитологического исследования и т.п. Все это дает основу для построения диагностической гипотезы или вероятностного диагноза.

 ***Второй этап*** – анализ*,* осмысление полученных данных, выделение ведущих клинических или морфологических симптомов, их взаимодействия, причинно-следственных отношений. В результате появляется возможность определить основную нозологическую единицу (единицы) и провести дифференциальную диагностику. При этом определяется значение других заболеваний, имеющихся у больного, устанавливается их место в диагнозе. Параллельно учитываются реакции организма на лечение, а при летальном исходе – проявления танатогенеза. После этого формулируется заключительный диагноз, соответствующий МКБ-10.

 ***Третий этап*** – проверка заключительного клинического или прижизненного патологоанатомического диагноза на практике.

 Таким образом, фактическую основу любого диагноза составляет клиническая (патологоанатомическая) реальность, представленная в виде симптомов и синдромов.

***Симптом*** – любой признак болезни, доступный определению. В понятие симптома должны входить все признаки, отличающие больной организм от здорового организма. Одни и те же симптомы встречаются при разных болезнях и синдромах.

***Синдром* –** 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*.* По сути, синдром это устойчивая совокупность симптомов с единым патогенезом.

 Один и тот же синдром может иметь место при различных заболеваниях или существовать как самостоятельный процесс, что отражает его малоизученность. Правильно оформленные клинический и патологоанатомический диагнозы не должны представлять собой беспорядочный перечень обнаруженных симптомов, синдромов, выявленных заболеваний. Все эти элементы должны быть расположены в логической и хронологической последовательности, в соответствующих рубриках диагноза, раскрывающей их причинно-следственные отношения.

Одним из основных правил формулировки диагноза, принятых ВОЗ, является нозологический принцип.

Сущность нозологического принципа заключается в том, что из числа обнаруженных у больного патологических процессов выделяют основное заболевание (нозологическую единицу), которую и ставят во главу диагноза.

***Нозологическая единица* -** это 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*.*

Развитие медицинской науки, сопровождающееся накоплением знаний об этиологии и патогенезе различных патологических процессов, приводит к объединению синдромов и симптомов и выделению новых нозологических единиц. Одновременно происходит дробление существующих нозологических форм на разные нозологии, имеющие свои причины и механизмы развития. Это в первую очередь связано с запросами клиники, но может быть обусловлено социальной необходимостью. Так инфаркт миокарда и кровоизлияние в головной мозг, являющиеся осложнениями атеросклероза и гипертонической болезни, получили статус самостоятельных нозологических единиц.

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

Любой диагноз должен соответствовать единым классификационным требованиям. Правила оформления как клинического, так и патологоанатомического диагнозов основаны на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

Номенклатура и классификация болезней (нозологических форм) складывалась на протяжении столетий. Со времени возникновения нозологии как науки (Д. Морганьи “О местонахождении и причинах болезней, открываемых посредством рассечения”, 1761г.) число выделенных нозологических единиц возросло до 20 000.

В основу МКБ-10 положены несколько принципов: этиологический, патогенетический, анатомический и др. Она построена по алфавитно-цифровому принципу и содержит 21 класс болезней. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра была принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения в Женеве (25 сентября – 2 октября 1989г). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала введение МКБ-10 с 01.01.1993г.

Приказом МЗ РФ от 27.05.1997г. №170 “О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10” была установлена дата перехода – 01.01.1998г.

Нозологическая форма, возглавляющая клинический или патологоанатомический диагнозы, должна быть представлена с учетом её номенклатурного терминологического обозначения в МКБ. Принцип применения единообразной медицинской терминологии необходим для адекватной оценки и шифровки диагноза.

***При оформлении диагноза с учетом МКБ-10 следует учитывать ряд особенностей:***

1. МКБ-10 содержит не только перечень нозологических единиц, но и других состояний, синдромов и болезненных проявлений, которые не могут быть основным заболеванием (перитонит, ТЭЛА и др). Они предназначены для статистического анализа причин обращения за врачебной помощью или госпитализации, когда еще основное заболевание не установлено.
2. В некоторых случаях, в связи с недостаточной изученностью патологии, диагноз может начинаться не с нозологической единицы, а с её эквивалента – синдрома (синдром Марфана, синдром Иценко-Кушинга, синдром Такаясу и др.). Важно помнить, что это вынужденная мера, так как синдромный подход к распознаванию болезней не может заменить нозологического. Синдромным должно быть мышление, диагноз же должен быть нозологическим.
3. Во главе диагноза не должны быть термины, отражающие родовую (групповую) принадлежность выявленной патологии – ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, ревматические, аллергические болезни, ятрогении и др.

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ**

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы выполняют функции медицинского документа статистического, социального и правового характера. Требования к формулировке клинических и патологоанатомических диагнозов и определения употребляемых понятий едины и должны исключать возможность различных толкований. Соблюдение этих требований должно быть обязательным во всех медицинских учреждениях.

Клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда включать три рубрики:

1. ***«Основное заболевание».***
2. ***«Осложнения основного заболевания».***
3. ***«Сопутствующие заболевания».***

Рубрики диагноза **–** его разделы для записи основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний. Нерубрифицированные заключительный клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, считается неверно оформленным. В таком случае, независимо от результатов патологоанатомического вскрытия, выставляется расхождение диагнозов по субъективной причине – «неверная формулировка заключительного клинического диагноза».

В патологоанатомическом диагнозе на первом месте, в рубрике «основное заболевание» всегда должна стоять ***нозологическая единица*** (если это невозможно – синдром), имеющаяся в МКБ-10 и в общепринятых классификациях и являющаяся ключевым словом для всех дальнейших видов анализа и учета. Далее указываются её форма, степень тяжести, стадия, клинические или морфологические (макро- и микроскопические) проявления. При необходимости и по мере возможности, они дополняются клинико-лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными. Современный диагноз должен отвечать определению “диагноза болезни” – медицинского заключения об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, оформленного в соответствии с действующими стандартами и выраженного в терминах, предусмотренных классификациями и номенклатурой болезней. Патологоанатомический диагноз – всегда комплексный диагноз, включающий все известные в данном конкретном случае анамнестические, клинические, лабораторные, морфологические и другие сведения.

Определение основного заболевания учитывает различные ситуации в клинической практике.

***Основное заболевание:***

1. Нозологическая форма (единица), в наибольшей степени

угрожающая здоровью и жизни больного.

1. Заболевание, по поводу которого проводится обследование или

лечение.

1. В этапном клиническом диагнозе – заболевание, явившееся

причиной обращения к врачу или госпитализации, а при неблагоприятном исходе привело к инвалидизации или смерти больного.

1. В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах основное заболевание – это нозологическая форма (единица), которая сама по себе или через связанные с ней осложнения, послужила причиной смерти больного.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ содержит следующие определения:

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

В процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться. Поэтому не следует рассматривать в качестве основного заболевания те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но которые в данный момент не оказывают ведущего влияния на состояние больного или не явились причиной смерти.

Считается недопустимым в качестве основного заболевания указывать групповые (родовые) понятия, такие как «Ишемическая болезнь сердца», «ХИБС», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, ишемический инфаркт головного мозга, хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения и т.д.).

В патологоанатомических диагнозах родовые понятия не употребляются вообще, каждая рубрика диагноза должна начинаться с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома).

Не рекомендуется использовать в любой рубрике диагноза термины, считающиеся некорректными и неточными – «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит» и др.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (со временем проведения) указываются обязательно в хронологическом порядке вместе с патологическими процессами и по поводу которых они проводились. Правильно, полно оформленный диагноз дает исчерпывающее представление о больном, в связи с чем нередко отпадает необходимость в изучении истории болезни.

***Осложнение основного заболевания*** – патологический процесс, который патогенетически связан с основным заболеванием, но не является при этом его проявлением.

Более подробное определение представлено в Отраслевом стандарте «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенным в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12):

Осложнение основного заболевания – 1) патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти; 2) – это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушение целостности органа или его стенок, кровотечение, острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Проявления основного заболевания характерны для него, специфичны, и часто стереотипны. Их совокупность даёт основания диагностировать определенную нозологию. Осложнения индивидуальны в каждом конкретном случае. Своим наличием или отсутствием они не влияют на диагноз основного заболевания. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко прослеживается. Например, пневмосклероз и спайки в плевральных полостях логично считать осложнениями туберкулёза, однако можно расценить их в качестве проявлений основного заболевания.

Перечислять осложнения нужно в патогенетической и временной последовательности.

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют важнейшее – непосредственную причину смерти (главное смертельное осложнение). Для статистического учёта необходимо выделение только одной непосредственной причины смерти. В ряде случаев непосредственной причиной смерти является само основное заболевание, либо непосредственно приведшее к летальному исходу, либо определившее развитие терминального состояния и механизм смерти.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень со временем проведения) указываются отдельной подрубрикой после «Осложнения основного заболевания».

Все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства, рассматриваются как послеоперационные.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (со временем проведения) указываются в хронологическом порядке после патологических процессов, по поводу которых они проводились.

***Сопутствующее заболевание*** – нозологическая единица, этиологически и патогенетически не связанная с основным заболеванием, не оказывающая на него и его осложнения неблагоприятного влияния и не способствовавшая наступлению смерти.

# Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" трактует сопутствующее заболевание следующим образом:

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.

По поводу сопутствующих заболеваний могут производиться лечебные и диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не имеют смертельных осложнений.

В качестве основного заболевания может выступать одна нозологическая единица, две и более. Случаи летальных исходов с одной нозологической единицей (монокаузальный – однопричинный вариант), регистрируются примерно в половине секционных наблюдений, в 35-40% случаев имеет место сочетание двух приведших к смерти нозологических единиц («бикаузальный» вариант), и в 10-15% наблюдений регистрируется сочетание трех нозологических единиц и более («мультикаузальный» генез смерти) [Коваленко В.Л., 1995].

Наличие двух и более ведущих нозологических единиц обозначается как ***«Комбинированное основное заболевание».*** Эти заболевания могут находиться в различных патогенетических взаимоотношениях и иметь разное значение для танатогенеза. В связи с этим в составе комбинированного основного заболевания могут быть конкурирующие, сочетанные или основное и фоновое заболевания.

***Конкурирующие заболевания* –** две одновременно имеющиеся у больного нозологические единицы, каждая из которых в отдельности могла бы привести к смерти.

***Сочетанные заболевания*** – две нозологические единицы, случайно совпавшие во времени, каждая из которых в отдельности не могла в данный момент привести к смерти, но в совокупности они становятся причиной смерти.

***Фоновым* *заболеванием*** считается то, которое сыграло существенную роль в возникновении и развитии основного заболевания, впоследствии отягощало его течение и способствовало возникновению осложнений. При этом этиология у него иная. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие. Алкоголизм и сахарный диабет, вызывающие снижение иммунитета, могут рассматриваться в качестве фоновых заболеваний для инфекционных заболеваний, а предраковые процессы – для злокачественных новообразований. В некоторых случаях возможно наличие более одного фонового заболевания, например гипертонической болезни и сахарного диабета.

При оформлении диагноза после заголовка «Комбинированное основное заболевание» указывают: конкурирующие заболевания, или сочетанные заболевания, или основное заболевание и после него – фоновое заболевание. Конкурирующие и сочетанные заболевания перечисляют каждое с новой строки (рекомендуется под номерами – цифрами 1, 2 и т.д.).

Конкурирующие и сочетанные заболевания в составе комбинированного основного заболевания оцениваются как равноправные, но в составе комбинированного основного заболевания в большинстве статистических разработок учитывается только та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте в рубрике «Основное заболевание». Поэтому среди конкурирующих или сочетанных заболеваний следует отдавать предпочтение тому из них, которое выставлено первым в заключительном клиническом диагнозе, считается более тяжелым, имело большее значение в танатогенезе, более значимо в социальном аспекте, которое соответствовало профилю медицинского учреждения или его отделения, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов.

Фоновых и сочетанных заболеваний может быть несколько.

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ**

**СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Современная клиническая классификация ИБС не во всем соответствует морфологической и МКБ-10:

1. Острые формы ИБС:

1.1.Острая (внезапная) коронарная смерть;

1.2. Острый коронарный синдром:

1.2.1.. Нестабильная стенокардия; 7

1.2.2. ИМ без подъема сегмента ST (non-ST-elevation myocardial infarction - NSTEMI);

1.2.3. ИМ с подъемом сегмента ST (ST-elevation myocardial infarction - STEMI).

2. Хронические формы ИБС:

2.1. Стенокардия (кроме нестабильной),

2.2. Атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз;

2.3. Ишемическая кардиомиопатия;

2.4. Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз;

2.5. Хроническая аневризма сердца.

2.6. Другие редкие формы (безболевая ишемия миокарда и др.).

В патологоанатомическом, судебно-медицинском и клиническом диагнозе, в рубрике «Основное заболевание» на первом месте должна быть указана нозологическая единица (первоначальная причина смерти), которая кодируется в соответствии с классами и рубриками МКБ-10 (например: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, острый, повторный или рецидивирующий инфаркт миокарда). Использование термина «ИБС» или «ХИБС» в начале рубрики основного заболевания считается неверным, поскольку эти понятия являются групповыми, а не нозологической единицей и включают в себя различные варианты стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза, острые и хронические аневризмы сердца и др.

***Острая (внезапная) коронарная смерть*** – внезапная смерть в течение одного часа с момента возникновения первых симптомов ишемии миокарда при ИБС.В случаях, когда имеются клинико-лабораторные данные об ОКС или инфаркте миокарда, а на вскрытии выявляются осложненная атеросклеротическая бляшка коронарных артерий и очаговая ишемия миокарда, диагностируют инфаркт миокарда. Если на вскрытии обнаруживают не связанную с ИБС очаговую ишемию миокарда, диагностируют в качестве основного заболевания вызвавшую её патологию. Понятие ***«острая (внезапная) сердечная смерть»*** определяют как внезапную «кардиальную» смерть, первым проявлением которой служит потеря сознания в пределах одного часа с момента возникновения первых симптомов. Чаще она обусловлена летальными аритмиями (желудочковой тахикардией, переходящей в фибрилляцию желудочков, первичной фибрилляцией желудочков, брадиаритмиями с асистолией). Внезапная сердечная смерть – широкое групповое понятие, клинический синдром при многих поражениях сердца (нозологические единицы из групп ИБС, пороков развития сердца и сосудов, миокардиты, кардиомиопатии, синдромы Вольфа-Паркинсона-Уайта, Бругада, удлинения интервала Q-T и др.). Этот диагноз допускается после абсолютного исключения насильственного характера смерти, острой коронарной смерти, каких-либо заболеваний сердца и других нозологических форм, когда характер патологического процесса и соответствующего морфологического субстрата, лежащего в основе поражения сердца, установить не удается. Внезапная (острая) коронарная смерть является наиболее частой разновидностью внезапной сердечной смерти.

***Острый коронарный синдром*** ***(ОКС)* –** групповое клиническое понятие, которое объединяет различные проявления острой ишемии миокарда, обусловленные осложненной нестабильной атеросклеротической бляшкой коронарной артерии сердца. Введение в практику понятия ОКС привело к исключению из употребления термина «острая коронарная недостаточность», который пока фигурирует в МКБ-10. Термин «острая коронарная недостаточность» в диагнозе не используются.

К ОКС относят:

- нестабильную стенокардию;

- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST;

- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.

Они могут завершиться острой (внезапной) коронарной (сердечной) смертью. ОКС является групповым понятием, отсутствующим в МКБ-10, поэтому не может фигурировать в диагнозе. Это предварительный диагноз, необходимый для проведения экстренных лечебно-диагностических мероприятий. При летальном исходе не может быть указана в диагнозе и нестабильная стенокардия. В заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах должны быть записаны либо острая (внезапная) коронарная смерть, либо инфаркт миокарда. Осложненная (чаще нестабильная) атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца – обязательный морфологический критерий диагностики нозологических форм, включенных в ОКС.

***Стенокардия*** представляет собой группу выделяемых клинически нозологических единиц. Ее морфологическим субстратом могут быть различные изменения миокарда. В заключительном клиническом, патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах в качестве основного заболевания стенокардия не употребляется.

***Инфаркт миокарда*** – коронарогенный (ишемический) некроз миокарда, который может быть как нозологической формой в составе ИБС, так и проявлением или осложнением различных заболеваний или травм, сопровождающихся нарушениями коронарного кровотока. Острым считается инфаркт миокарда давностью не более 28 суток. Рецидивирующим называется инфаркт миокарда при повторении ишемического приступа более, чем через 3 суток и менее, чем через 28 суток после предыдущего. Повторный инфаркт миокарда развивается через 28 суток после первичного.

Единственным специфическим морфологическим диагностическим критерием инфаркта миокарда как нозологической формы в составе ИБС является осложненная, преимущественно, нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца. В других случаях квалификация некроза миокарда должна быть результатом клинико-морфологического анализа.

***Ишемическая кардиомиопатия*** развивается в результате длительной хронической ишемии миокарда с диффузным атеросклеротическим кардиосклерозом. Этот диагноз устанавливается при выраженной дилатации полости левого желудочка с нарушением систолической функции (фракция выброса 35% и ниже).

К группе ИБС не относятся ишемические повреждения миокарда (инфаркт миокарда) и их исходы (кардиосклероз), вызванные:

* воспалительными заболеваниями коронарных артерий – тромбоваскулитами и склерозом при ревматических болезнях, инфекционных и аллергических заболеваниях и т.д.;
* васкулопатиями с утолщением интимы и медии коронарных артерий при метаболических нарушениях, (гомоцистеинурия, болезнь Фабри, амилоидоз, ювенильный кальциноз артерий и т.д.);
* пороками развития сердца и его сосудов;
* тромбоэмболическими осложнениями других заболеваний (например, инфекционного или ревматического эндокардитов);
* миокардитами;
* врожденными и приобретенными состояниями с гиперкоагуляцией крови (ДВС-синдром, паранеопластический синдром, антифосфолипидный синдром, эритремия, тромбоцитоз, сгущение крови и т.д.);
* употреблением наркотиков;
* нарушениями структурной геометрии сердца с локальным выраженным снижением коронарного кровотока при кардиомиопатиях, гипертрофии миокарда любого генеза;
* травмами;
* новообразованиями сердца или метастазами опухолей.

В таких случаях в качестве основного выступает заболевание, послужившее причиной ишемии миокарда, которая вносится в рубрику «Осложнения основного заболевания».

В клиническом и патологоанатомическом диагнозах не могут фигурировать термины: «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий». Корректной будет считаться формулировка диагноза с уточнением поражения конкретных артерий. Однако следует учесть, что «атеросклероз аорты», «атеросклероз почечных артерий», «атеросклероз артерий нижних конечностей», при наличии его смертельных осложнений (гангрена, разрыв аневризмы и др.), могут выступать в роли основного заболевания.

***Атеросклероз артерий головного мозга, сердца, и кишечника*** выделен в качестве самостоятельных нозологических единиц, которые не следует представлять в диагнозе как фоновые или сопутствующие заболевания. Эти формы атеросклероза вносятся в рубрику «Основное заболевание» после ведущей нозологической формы – инфаркта мозга, инфаркта миокарда, кардиосклероза, инфаркта кишечника и др.

Если сахарный диабет и/или артериальная гипертензия диагностированы клинически и морфологически, то атеросклероз может быть расценен как проявление этих болезней (макроангиопатия и микроангиопатия).

В патологоанатомическом диагнозе при внесении в него 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 изьязвления, тромботические осложнения), IV – наличие атерокальциноза в совокупности с предшествующими изменениями.

Степень развития атеросклероза аорты учитывает примерную площадь поражения: 1) поражение до 25% площади интимы аорты, 2) площадь поражения от 25% до 50%, 3) площадь поражения более 50% (Г.Г. Автандилов, 1970). Для других артерий: 1) наличие единичных атеросклеротических бляшек, 2) умеренное количество бляшек, 3) большое количество бляшек.

Недопустимо подменять термин «атеросклероз» терминами «кальциноз» или «склероз» артерии, так как такие поражения могут быть обусловлены не только атеросклерозом, но и васкулитом или наследственными заболеваниями.

Сахарный диабет и гипертоническая болезнь, как правило, выступают в качестве фоновых заболеваний в случаях смерти от одной из форм ИБС или цереброваскулярной болезни (ЦВБ).

Гипертоническая болезнь является основным заболеванием в случаях смерти от сердечной недостаточности (вследствие диффузного кардиосклероза), либо смерти от почечной недостаточности, обусловленной артериолосклеротическим нефросклерозом.

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ**

**ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Заключительные клинические диагнозы:**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Ишемический атеротромботический инфаркт в бассейне правой средней мозговой артерии. Левосторонний гемипарез. Атеросклероз церебральных сосудов.

*Фоновые заболевания:* Гипертоническая болезнь III, риск IV. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, субкомпенсация.

*Осложнения основного заболевания:* Двусторонняя бронхопневмония. Отек и дислокация ствола головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* ХИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Стенокардия напряжения, 2 функциональный класс. Пароксизм фибрилляции предсердий неизвестных сроков давности. Атеросклероз аорты.

**Пример №2.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Повторный инфаркт миокарда. Постинфарктный

кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий.

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь 3, риск 4.

*Осложнения основного заболевания:* Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

*Сопутствующие заболевания:* Миома матки. Ожирение 3 ст.

**Пример №3.**

*Основное заболевание:* Гипертоническая болезнь III, риск IV. Гипертонический нефросклероз.

*Осложнения основного заболевания:* Хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия. Уремия, уремическая кома. Гиперкалиемия. Гипохромная анемия. Отек мозга.

*Сопутствующие заболевания:* ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. СН-2А. Атеросклероз аорты. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. (ОНМК в 2010 г.). Атеросклероз сосудов головного мозга.

*Операция:* Холецистэктомия (дата неизвестна).

**Пример №4.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (дата).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь 3, риск 4.

*Осложнение основного заболевания:* Кардиогенный шок (полная характеристика).

*Сопутствующее заболевание:*Сосудистая (атеросклеротическая) деменция, с острым началом, легкой степени, с динамической афазией, моторной апраксией, мнестическими нарушениями, апатико-абулическим синдромом.

**Пример №5.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Сочетанные заболевания:*

1. Внутримозговая гематома с выраженной общемозговой симптоматикой, центральным парезом лица справа, правосторонней пирамидной недостаточностью, дизартрией. Церебральный атеросклероз.

2. Постинфарктный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Состояние после установки кардиостимулятора (не функционирует).

*Осложнения основного заболевания:*Флеботромбоз нижних конечностей. Тромбоэмболия легочной артерии. Отек мозга, отек ствола, дислокационный синдром. Гипостатическая правосторонняя полисегментарная пневмония.

*Фоновые заболевания:* Гипертоническая болезнь III, риск IV. Гипертоническая нефропатия. Дислипидемия.

*Сопутствующие заболевания:* Возрастная катаракта. Гипертонический ангиосклероз сосудов сетчатки обоих глаз. Атеросклероз аорты.

**Заключительные патологоанатомические диагнозы.**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:*Внезапная коронарная смерть: жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты; очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 70% общего просвета трех артерий).

*Осложнения основного заболевания:* Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Микро-макрофолликулярный узловой зоб. Лейомиома матки. Хронический панкреатит в стадии ремиссии.

**Пример №2.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Острый трансмуральный инфаркт миокарда в области переднебоковой стенки левого желудочка (давностью около 5 суток). стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, IV стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии, стеноз ветвей левой артерии до 70%).

*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 основного заболевания:* 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.

**Пример №3.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:*Ишемический инфаркт головного мозга с локализацией в теменной доле правого полушария. Атеросклероз артерий головного мозга (3 степень, 3 стадия, стеноз до 70%). Тромбоз правой средней мозговой артерии.

*Фоновые заболевания:* Гипертоническая болезнь, стадия распространённых изменений в сосудах: концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка (толщина стенки 2,2 см., масса органа 568 г.); артериолосклероз, артериологиалиноз внутренних органов. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный (глюкоза крови - ,.., дата): диабетическая макро-, микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, II стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия стеноз до 40%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз.

*Осложнение основного заболевания:* Отек и набухание головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (3 степень, 4 стадия); подвздошных артерий (3 степень, IV стадия, стеноз до 60 %). Атеросклероз коронарных артерий сердца (3 степень, IV стадия, стеноз до 70 %). Диффузный мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз. Хронический атрофический гастрит.

**Пример №4.**

*Основное комбинированное заболевание.*

*Конкурирующие заболевания:*

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 4 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 основного заболевания:* Острое общее полнокровие внутренних органов. Отек легких. Отек головного мозга.

**Пример №5.**

*Основное заболевание:* Ревматический комбинированный митральный (стеноз и недостаточность) порок сердца: склероз, деформация и сращения створок митрального клапана, с преобладанием стеноза, укорочение хордальных нитей митрального клапана (диаметр левого атриовентрикулярного отверстия); эксцентрическая гипертрофия миокарда (толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого – 0,5 см, масса сердца 440 г).

*Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%). Хронический холецистит в стадии ремиссии.

**Пример №6.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Дисциркуляторная энцефалопатия III стадии, медленно прогредиентного течения, с когнитивными нарушениями (по клиническим данным); Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%).

*Фоновые заболевания:* Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса органа – 410 г., толщина стенки левого желудочка – 2,0 см.), артериолосклеротический нефросклероз.

*Осложнения основного заболевания:*  Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка. Кардиогенный шок (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете аорты. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. «Шоковые» почки 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).

**Пример №7.**

*Основное заболевание:* Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

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

*Осложнения основного заболевания:* 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.

**Пример №8.**

*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%).

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

*Осложнения основного заболевания:* Прорыв крови в желудочки головного мозга. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

**Пример №9.**

*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 основного заболевания:* Забрюшинная гематома (800,0мл.) с прорывом крови в брюшную полость (2100,0 мл). Острое общее малокровие внутренних органов.

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

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ**

Новообразование занимает в диагнозе место основного заболевания лишь в тех случаях, когда оно через свои осложнения привело к смерти. Если же смертельное осложнение не связано с опухолевым процессом, новообразование указывают в рубриках «Сопутствующего» или «Фонового» заболеваний.

Тяжесть состояния пациентов при онкологической патологии обусловлена осложнениями, вызванными опухолью. Одно из них рассматривается в качестве непосредственной причины смерти и его следует выделять в клиническом и патологоанатомическом диагнозе. Формулировки типа «смерть наступила от рака желудка» являются примитивными и недопустимы.

***Осложнения, развивающиеся у онкологических больных, можно разделить на семь групп:***

1. Связанные с прогрессированием онкологического процесса (канцероматоз).
2. Кахексия.
3. Процессы инфекционно-воспалительного характера (пневмонии, сепсис и т. п.).
4. Кровотечение, постгеморрагическая анемия.
5. Поражение жизненно-важных органов опухолью, метастазами.
6. Амилоидоз.
7. Связанные с проводимым консервативным или оперативным лечением.

При диагностике опухолевых процессов должна быть точно указана анатомическая локализация новообразования (если орган парный – справа или слева), а при морфологическом анализе – разновидность опухоли с учетом её гистогенеза. Не следует в диагнозе употреблять неточные по локализации и существу формулировки новообразований: «рак неустановленной локализации», «опухоль почки», «опухоль ворот печени», «опухоль головного мозга», «рак гепатодуоденальной зоны», «цирроз-рак печени», «рак крови» «глиобластома головного мозга» и т.п.

***Метастазы опухоли считаются проявлениями, а не осложнениями онкологического процесса****,* поэтому вносятся в диагноз в одну с ним рубрику. У больных с онкологическими заболеваниями очень важно дифференцировать патологические процессы в органах пищеварения, дыхания, кровообращения и других системах, относящиеся к паранеопластическим синдромам и развившиеся в терминальном периоде заболевания (например: нарушения свертываемости крови и др.), а также являющиеся самостоятельными болезнями этих органов, совпавшие с ними по времени (заболевания из группы ИБС и др.). В первом случае, например, инфаркт миокарда нужно ставить в рубрику «Осложнения» (гиперкоагуляционный синдром, приведший к тромбозу коронарной артерии). Во втором случае инфаркт миокарда – нозологическая единица из группы ИБС, которую можно поместить в рубрику «Комбинированного основного заболевания» в качестве конкурирующего, сочетанного или фонового.

В случаях вышеуказанных ошибочных формулировок клинического диагноза, независимо от результатов вскрытия, при сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов выставляется расхождение диагнозов. Если в истории болезни есть сведения, позволяющие правильно сформулировать заключительный клинический диагноз, указывается причина его расхождения – «неверная формулировка клинического диагноза».

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).

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ**

**ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ**

**Заключительные клинические диагнозы:**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование правого легкого, T4N0M0.

*Осложнения основного заболевания:* Гемопневмоторакс справа. Постгеморрагическая анемия.

*Операции:* (даты) Плевральная пункция справа; Переднебоковая торакотомия справа, остановка кровотечения, биопсия. Дренирование плевральной полости по Бюлау.

*Фоновое заболевание:* Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический бронхит в стадии обострения: обструктивная эмфизема легких.

*Сопутствующие заболевания:* Постоянная форма фибрилляции предсердий. СН - II Б ст. Гипертоническая болезнь III, риск IV.

**Пример №2.**

*Основное заболевание:* Рецидив рака желудка (перстневидно-клеточный рак) T2N0M1. Канцероматоз брюшной полости. Метастазы в забрюшинную клетчатку.

*Осложнения основного заболевания:* Асцит. Перфорация сигмовидной кишки. Распространенный серозно-фибринозный перитонит.

*Операция* (дата) Лапаротомия, рассечение спаек, ушивание перфорационного отверстия ректосигмоидного отдела прямой кишки. Наложение 2-х – ствольной илеостомы. Дренирование брюшной полости.

*Сопутствующее заболевание:* Атеросклероз аорты.

**Пример №3.**

*Основное заболевание:*Злокачественное новообразование желчного пузыря (железистый рак – цитологическое исследование № … (дата), IV стадии с прорастанием в ворота печени и печеночно-двенадцатиперстную связку. Метастазы в большой сальник. T2N0M1.

Операция дата – эксплоративная лапаротомия

*Осложнения послеоперационного периода:* Эвентрация послеоперационной раны.

*Операция*  (дата) – устранение эвентрации, ушивание послеоперационной раны на противоэвентрационных швах.

*Осложнения основного заболевания:* Печеночно-клеточная недостаточность. Механическая желтуха. Анемия смешанного генеза. Некроз и перфорация опухоли желчного пузыря. Распространенный серозно-фибринозный перитонит.

*Операция* (дата) – релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Двухсторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония.

*Сопутствующие заболевания:* Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия 2 функционального класса. Гипертоническая болезнь 2 ст. Атеросклероз аорты. Сахарный диабет 2 тип, средней степени тяжести.

**Заключительные патологоанатомические диагнозы:**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование желчного пузыря (гистологическое исследование – умереннодифференцированная аденокарцинома) T4N0M1, IVB стадия, с инвазивным ростом в печень, печеночно-двенадцатиперстную связку, гематогенными метастазами в большой сальник, распадом опухолевой ткани.

Операция (дата) эксплоративная лапаротомия.

*Осложнения основного заболевания:* Механическая желтуха. Печеночно-клеточная недостаточность (билирубин общий 45,8 мкм/л, прямой 22,8 мкм/л, непрямой 23,0 мкм/л, АСТ-39,8 Ед, АЛТ-28,9 Ед). Перфорация желчного пузыря. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Операция (дата) – релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Перихолангитические абсцессы правой доли печени. Диффузный некронефроз. Центролобулярные некрозы печени. Острые эрозии желудка.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз коронарных артерий (2 степень, IV стадия, стеноз до 50%). Мелкоочаговый кардиосклероз. Атеросклероз аорты (2 степень, IV стадия). Гипертоническая болезнь, органная стадия: гипертрофия миокарда левого желудочка (масса сердца 420 г, толщина миокарда левого желудочка - 2,0 см), распространенный артериолосклероз, гиалиноз внутренних органов. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести (глюкоза крови – до 7,7 ммоль/л): атрофия, склероз поджелудочной железы.

**Пример №2.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование желудка TХ N0 M1, IV стадия (гистологическое исследование – недифференцированный перстневидноклеточный рак). Канцероматоз брюшной полости. Метастазы в забрюшинную клетчатку.

Операция (дата), мед. учреждение (место нахождения) – гастрэктомия.

*Осложнения основного заболевания:* Аррозивное желудочное кровотечение из опухоли. Острая постгеморрагическая анемия: Нв – 40 г/л; малокровие внутренних органов. Отек легких.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (2 степень, III стадия). Узловая гиперплазия простаты.

**Пример №3.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование верхней доли левого легкого (гистологическое исследование – умереннодифференцированная аденокарцинома) T2N0M1, IV стадия, с внутриорганными метастазами в правое и левое легкое, висцеральную плевру левого легкого, отдаленными метастазами в печень.

*Осложнения основного заболевания:* Прогрессирующая дыхательная недостаточность. Острые эрозии и язвы желудка, луковицы ДПК с остановившимся аррозивным кровотечением. Гидроторакс слева.

 *Операции:* Плевральная пункция слева (дата); Пункция и катетеризация v. Subclaviadextra (дата). Трахеостомия (дата).

*Сопутствующие заболевания:* Гипертоническая болезнь, органная стадия: гипертрофия миокарда левого желудочка (масса сердца 430 г., толщина миокарда левого желудочка 1,9 см.), распространенный артериолосклероз, гиалиноз внутренних органов. Атеросклероз коронарных артерий (II степень, IV стадия). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Атеросклероз аорты (II степень, IV стадия). Онкоцитарные аденомы правой и левой почек.

**Пример №4.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Атеросклеротическая мешковидная аневризма аорты в брюшном отделе с разрывом (размеры); атеросклероз аорты (3 степень, III стадия c пристеночными красными и организованными тромбами в области аневризмы).

*Фоновое заболевание:*Гипертоническая болезнь, сосудистая стадия: гипертрофия миокарда левого желудочка (масса сердца 465г., толщина миокарда левого желудочка 2,1 см.), распространенный артериолосклероз, артериологиалиноз внутренних органов.

*Осложнения основного заболевания:*Забрюшинная гематома (650,0 мл) с прорывом крови в брюшную полость (1700,0 мл); острая постгеморрагическая анемия (Нв – 36 г/л по клиническим данным); острое общее малокровие.

*Сопутствующие заболевания:* Злокачественное новообразование в нижней трети пищевода (гистологическое исследование – плоскоклеточный рак), T2N0M1, с метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия). Консолидированный чрезвертельный перелом правого бедра.

**Пример №5.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование печени, узловатая форма роста с внутрипеченочными метастазами T3N0M0, (гистологическое исследование – гепатоцеллюлярная карцинома).

*Осложнения основного заболевания.*Синдром портальной гипертензии, стадия декомпенсации: асцит (500,0 мл по клиническим данным), варикозное расширение вен нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка, спленомегалия (масса селезенки 310,0 г.).

*Операция:* (дата) Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Санация, дренирование брюшной полости.

*Осложнения интраоперационного периода*: Кровотечение из операционный раны: 800,0 мл (по клиническим данным), в брюшной полости 100,0 мл свертков, в гемостатических губках 100,0 мл темной жидкой крови. Острая постгеморрагическая анемия (Нв – 55 г/л по клиническим данным), малокровие внутренних органов.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (2 степень, 2 стадия), подвздошных артерий (2 степень, 2 стадия, стеноз до 25 %). Железисто-стромальная гиперплазия предстательной железы.

**Пример №6.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование прямой кишки, узловая форма роста, T2N0M0, (гистологически – умереннодифференцированная аденокарцинома с инвазией в мышечную оболочку).

*Операция:* (дата) - рентгенэндоваскулярная химиоэмболизация прямой кишки.

*Операция:* (дата) - лапаротомия, резекция прямой кишки. Формирование колопластического С-резервуара. Сигмоанальный анастомоз. Удаление субсерозногомиоматозного узла матки. Аспирационное дренирование брюшной полости.

*Осложнения основного заболевания:*Флеботромбоз вен брыжейки, некроз и перфорация низведенной ободочной кишки. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит.

*Операции:* (даты) – релапаротомия, разобщение колоанального анастомоза, резекция некротизированного участка ободочной кишки, наложение плоской колостомы, назогастроинтестинальная интубация, санация, аспирационное дренирование брюшной полости.

*Сопутствующее заболевание:*Субсерозная лейомиома матки.

**Пример №7.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Сочетанные заболевания:*

1. Злокачественное новообразование поджелудочной железы с поражением головки и тела, узловая форма роста, T4N0M1, (гистологически - светлоклеточная аденокарцинома) с метастазами в лимфатические узлы ворот печени, печень, легкие.
2. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия, стеноз до 70 %).

*Фоновые заболевания:* Мочекаменная болезнь (камни чашечек обеих почек). Двусторонний гидронефроз, двусторонний мегауретер. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Ренальная гипертензия: концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка (толщина стенки 2,3 см., масса органа -420 г.); артериолосклероз, артериологиалиноз.

*Осложнения:* Хроническое общее венозное полнокровие: цианотическая индурация почек, селезенки, бурая индурация легких, «мускатная печень». Двусторонний гидроторакс (справа - 2000,0 мл; слева - 600,0 мл). Отек головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (3 степень, IIIстадия); атеросклероз общих подвздошных артерий (3 степень, II стадия); атеросклероз почечных артерий (2 степень, II стадия). Мешотчатый бронхоэктаз устья сегментарного бронха S8 справа.

**Пример №8.**

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование левого угла ободочной кишки T2N0M0, (гистологически – темноклеточная аденокарцинома с высокой и умеренной степенью дифференцировки).

*Осложнения основного заболевания:* Декомпенсированная обтурационная кишечная непроходимость. Разлитой серозно-фибринозный перитонит.

*Операция:* (дата) – Лапаротомия. Левосторонняя гемиколэктомия. Трансверзостомия. Санация, дренирование брюшной полости.

*Осложнения послеоперационного периода:* Разлитой серозно-фибринозный перитонит. Паралитическая тонкокишечная непроходимость. Фибринозный колит (тотальное поражение).

*Операция:* (дата) – Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Санация, дренирование брюшной полости.

*Осложнения послеоперационного периода:* Распространенный серозно-фибринозный перитонит. Двусторонняя нижнедолевая, очаговая сливная серозно-гнойная и серозно-геморрагическая бронхопневмония. Двусторонний гидроторакс (400,0 мл).

*Сопутствующие заболевания:*Атеросклероз аорты (3 степени, III стадии); подвздошных артерий (2 степени, II стадии). Узловой коллоидный зоб.

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Формулировка заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов при болезнях органов дыхания, имеет ряд особенностей. Например, в рубрификациях пневмонии преобладает этиологический принцип кодирования, поэтому в специализированных отделениях (клиниках) необходимы бактериологические исследования для установления этиологии пневмонии, и, следовательно, использование соответствующих кодов МКБ-10. Во всех остальных случаях, когда возбудителя пневмонии установить не удается, следует использовать термин «бронхопневмония» и «долевая» или «крупозная пневмония».

Диагноз гипостатическая пневмония не должен употребляться в патологоанатомическом диагнозе, поскольку полнокровие не является этиологическим фактором развития воспаления.

При формулировке диагноза пневмонии в клинической и патологоанатомической практике основным заболеванием считают вирусные, бактериальные, вирусно-бактериальные пневмонии, а также пневмонии, вызванные атипичными возбудителями (легионеллы, микоплазмы, хламидии).

В структуре заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов «Пневмония» может занимать различные позиции. Очаговая пневмония (бронхопневмония) будучи осложнением, не кодируется, поскольку её рекомендуется указывать в диагнозе как «осложнение основного заболевания», а не как основное заболевание. В исключительных случаях, когда очаговые пневмонии выступают в качестве проявлений некоторых бронхолегочных заболеваний (например: обострения хронических обструктивных болезней легких, грипп, перифокальная пневмония при абсцессе легкого и др.).

При этом в диагнозе, очаговая (бронхо-) пневмония, указывается в графе основного заболевания как одно из его проявлений, но сама она не кодируется, а кодируется основное заболевание - грипп с пневмонией, хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с бронхопневмонией и т.д. С других позиций, пневмония может рассматриваться как основное заболевание (первоначальная причина смерти), самостоятельное или коморбидное (в составе комбинированного основного заболевания), может иметь свой код по МКБ-10 и веские клинико-патологоанатомические основания для такого заключения.

Долевая («крупозная») пневмония является и в клиническом и патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозах основным заболеванием.

Этиологический принцип в МКБ-10 – это основной принцип классификации пневмоний, однако при этом другие их характеристики (распространенность, длительность течения, локализация, патогенез) не учтены, и это еще раз доказывает необходимость обязательной верификации при жизни и на аутопсии возбудителя при пневмониях.

Следует помнить о необходимости дифференциальной диагностики лобарной пневмонии и фибринозных (нередко также плевропневмоний) при уремии, например, и/или других состояниях, сопровождающихся резко повышенной сосудистой проницаемостью. Следует учитывать также особенности патогенеза лобарной пневмонии, как инфекционно-аллергического заболевания, которое никогда нельзя расценивать как проявление обострения хронических обструктивных болезней лёгких (ХОБЛ).

В МКБ-10 пересмотра используется современная классификация хронических заболеваний легких и ранее существовавшая группа заболеваний, под объединённым названием «Хронические неспецифические заболевания легких - ХНЗЛ» выделена в группу нозологических единиц, обозначаемых как «Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ)», бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь) и абсцесс легкого.

Не следует использовать как нозологические единицы термины «хроническая пневмония», «хроническая обструктивная эмфизема легких», поскольку в современных условиях имеются рубрики: «хроническая обструктивная болезнь легких с эмфизематозным хроническим бронхитом или хронической обструктивной эмфиземой легких».

Хронический обструктивный бронхит (его клинико-морфологическая форма, стадия течения, наличие бронхопневмонии при обострении, её этиология), хроническая обструктивная эмфизема легких, диффузный (перибронхиальный) пневмосклероз (при их верификации), а также внелегочные синдромы – проявления этой группы заболеваний: хроническое легочное сердце, обменные нарушения – вот те современные положения, которые необходимы для современной и правильной формулировки диагноза ХОБЛ.

В отдельную рубрику в МКБ-10 пересмотра выделена аспирационная пневмония, вместе с поражением бронхолегочных структур под воздействием желудочного сока (J69). Синдром Мендельсона (аспирация желудочного содержимого с химическим ожогом дыхательных путей и альвеол) имеет свой код (J95.4). Такая пневмония может быть в отдельных случаях основным заболеванием (ятрогенное осложнение при медицинских манипуляциях и др.), но обычно расценивается как осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти, которая не кодируется.

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ**

**ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

 Заключительные клинические диагнозы.

**Пример №1.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Конкурирующие заболевания:*

1. Внебольничная полисегментарная (с поражением верхней доли, S4, S6), деструктивная пневмония справа, тяжелое течение.
2. Рак правого легкого.

*Осложнения основного заболевания:* Дыхательная недостаточность - III ст., Инфекционно-токсический шок - III ст.

*Сопутствующие заболевания:* ИБС, стенокардия 2 функционального класса. СН - I ст. Атеросклероз аорты. Сахарный диабет, 2 тип, впервые выявленный.

*Операция* (дата) - пункция и катетеризация v. subclaviadextra.

**Пример №2.**

*Основное заболевание:*Хронический обструктивный гнойный

бронхит в стадии обострения; диффузный перибронхитический пневмосклероз. Эмфизема легких.

*Осложнения основного заболевания:* Хроническое легочное сердце; хроническая дыхательная недостаточность (степень); недостаточность кровообращения (стадия, функциональный класс).

*Сопутствующие заболевания:* Нестабильная стенокардия (вид, функциональный класс). Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии.

**Пример №3.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой среднемозговой артерии (тромбоз): атеротромботический корково-подкорковый ишемический инфаркт в правой теменно-височной доле, левосторонняя гемиплегия, выраженная сенсомоторная афазия.

*Осложнения основного заболевания:*Двусторонняя тотальная очаговая пневмония, тяжелого течения (бактериологическое исследование - ….., дата); острая дыхательная и сердечная недостаточность (степени).

*Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4.

*Сопутствующие заболевания:* Стенокардия напряжения, 2 функционального класса. Дислипидемия. Атеросклероз аорты. Желчнокаменная болезнь: камни желчного пузыря без холецистита. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы I ст. Киста левой почки. Нарушение толерантности к углеводам.

**Заключительные патологоанатомические диагнозы.**

**Пример №1.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Крупозная пневмония (указание об этиологии) верхней доли правого легкого (стадия серого опеченения). Фибринозный плеврит справа.

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

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

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (3степень, III стадия); атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия, стеноз до 50 %).

**Пример №2.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический атрофический деформирующий бронхит в стадии ремиссии, диффузный сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

*Осложнения основного заболевания:* Хроническое легочное сердце (толщина стенки правого желудочка – 0,7 см, левого – 1,8 см, масса органа - 510 г; ЖИ – 0,7). Двусторонний гидроторакс (по 500,0 мл), асцит (1000,0 мл). Общее хроническое венозное полнокровие: бурая индурация легких, цианотическая индурация почек, селезенки, мускатный фиброз печени. Внутриальвеолярный и интерстициальный отек легких. Отек головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (2 степень, II стадия); атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия, стеноз до 70 %); диффузный мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз; хронический пиелонефрит в фазе ремиссии, гидронефроз слева, киста правой почки.

**Пример №3.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:*Хронический абсцесс (диаметр) в S7-S8 левого легкого (бакт. исследование - №…., дата); перифокальная пневмония с карнификацией нижней доли левого легкого.

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

*Осложнения основного заболевания:*Прорыв абсцесса в левую плевральную полость; эмпиема плевры слева; кахексия, бурая атрофия печени, миокарда, скелетных мышц.

**Пример №4.**

*Основное заболевание:*Бронхиальная астма, тяжелое течение, в стадии обострения; хронический катарально-десквамативный, обструктивный бронхит; выраженный перибронхиальный сетчатый пневмосклероз; хроническая обструктивная эмфизема легких.

*Осложнения основного заболевания:* Общее хроническое венозное полнокровие внутренних органов. Двусторонний гидроторакс (1200,0 мл). Ателектаз левого легкого.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (2 степень, III стадия); коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия, стеноз до 80%); очаговый заднебоковой постинфарктный и диффузный мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь, стадия распространённых изменений артерий: концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка (толщина стенки 1,9см., масса органа 395г.); артериолосклероз, артериологиалиноз внутренних органов. Лейомиома матки.

*Операция:* Холецистэктомия (дата).

**Пример №5.**

*Основное заболевание:*Бронхоэктазия легких: ограниченная (локальная) с сухими (нагноившимися) мешотчатыми (цилиндрическими) бронхоэктазами в S6-S8 сегментах правого и в S8-S10 сегментах левого легкого, локальный хронический гнойный бронхит, очаговый перифокальный пневмосклероз, иррегулярная (перифокальная) эмфизема легких, перифокальные ателектазы легкого.

*Осложнения основного заболевания:* Хроническая дыхательная недостаточность. Кровь в просвете трахеи и бронхов вследствие рецидивирующего легочного кровотечения. Анемия. Амилоидоз почек. Уремия.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (2 степень, III стадия); коронарных артерий сердца (2 степень, III стадия, стеноз до 60%); диффузный мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз.

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Большая часть заболеваний органов пищеварения, выступающих в качестве основных нозологических единиц в составе заключительного клинического и патологоанатомического диагноза, относится к хирургической патологии. Рекомендуется основным заболеванием считать то, по поводу которого была проведена операция в период последнего обращения за медицинской помощью (для амбулаторных больных – в пределах последнего месяца после выписки из стационара, если нет иных факторов, кроме времени), либо оценивать его как один из компонентов комбинированного диагноза. При коморбидности в составе комбинированного основного заболевания (среди конкурирующих или сочетанных заболеваний) при мульти – или дикаузальном генезе, при котором одна из нозологий хирургическая, следует на первое место ставить то, которое явилось непосредственной причиной смерти. Если этот вопрос спорный, или у патологоанатома нет убедительных доказательств, сохраняется тот порядок, который имелся в клиническом диагнозе.

При оформлении заключительного диагноза хирурги склонны совершать две ошибки: либо на первом месте, в качестве основного заболевания, выставляется терапевтическая патология, не являющаяся причиной смерти (с целью вывести из статистических данных хирургическую летальность), либо, в случаях смерти от терапевтического заболевания, во главе диагноза выставляется хирургическая нозология, что связано с неадекватно строгим учетом хирургической летальности и пожеланиями страховых компаний.

В таких ситуациях наиболее объективную позицию имеет возможность занять патологоанатом, который после обсуждения с опытными хирургами и другими специалистами, должен вынести свое аргументированное заключение.

В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах в случаях смерти после операций после нозологической формы хирургического заболевания обязательно вносится операция – вид хирургического вмешательства (если необходимо – его особенности), дата ее проведения. Если выполнялось несколько операций, они указываются в их временной (хронологической) последовательности. Если одна или несколько хирургических операций производились по поводу осложнений, то они указываются в диагнозе подрубрикой осложнений после формулировки самого осложнения.

Термин «состояние после операции», не применяется. Он вводит в заблуждение, так как наличие его в диагнозе может ошибочно восприниматься экспертами страховых компаний, другими лицами (в том числе и следственными органами) как некачественно проведенная операция, то есть ятрогенная патология, развившаяся в постоперационном периоде. Если после хирургического вмешательства действительно возникло какое-либо тяжелое состояние, то, в зависимости от его нозологии, оно квалифицируется либо как осложнение, либо, как ятрогенная патология.

В случаях, когда основным процессом является хроническое воспалительное заболевание в стадии обострении (холецистит, аппендицит и др.), в диагноз вносится и кодируется по МКБ-10 его острая форма.

В зависимости от наличия или отсутствия желчнокаменной болезни холециститы кодируются по-разному. Рекомендуется при желчнокаменной болезни начинать диагноз с этого термина с последующей его расшифровкой. При этом не является ошибкой и начало диагноза с термина калькулезный холецистит при отсутствии прочих камней в протоках. При наличии хотя бы одного камня в желчных протоках диагноз при любой форме холецистита должен начинаться с термина желчнокаменная болезнь.

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Заключительные клинические диагнозы.**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Хроническая язва желудка с локализацией на малой кривизне в теле диаметром 3см, в стадии обострения.

*Осложнения основного заболевания:* Массивное арозивное желудочное кровотечение из язвы (дата, предполагаемый объем крови). Геморрагический шок (степень, другие характеристики).

*Сопутствующее заболевание:* Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

**Пример №2.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Злокачественное новообразование нисходящей кишки (биопсия – результаты, дата).

*Фоновое заболевание:* Болезнь Крона с поражением нисходящей и сигмовидной кишок (биопсия – результаты, дата), фаза обострения, тяжелое, длительное течение, (длительность терапии, препараты, дозы).

*Осложнения основного заболевания:*перфорация нисходящей кишки в зоне опухоли (дата перфорации), разлитой перитонит (характеристика перитонита).

*Операция:* (дата) Лапаротомия, левосторонняя гемиколэктомия.

*Сопутствующее заболевание:* Узловой зоб.

**Пример №3.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:*Мелкоузловой цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита С (вирусологическое исследование – метод, результат, дата; гистологическое исследование биопсии печени – дата, результат), степень активности, фаза, класс по шкале Чайлда-Пью.

*Фоновое заболевание:* Хроническая опиоидная наркомания (характеристика).

*Осложнения основного заболевания:* Печеночная недостаточность (характеристика). Синдром портальной гипертензии: асцит, спленомегалия, варикозное расширение вен нижней трети пищевода. Массивное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (дата, предполагаемый объем крови). Геморрагический шок (степень, другие характеристики).

**Пример №4.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Флегмонозный аппендицит.

*Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2 типа, декомпенсированный (результаты биохимического анализа крови, дата).

*Осложнение основного заболевания:* Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

*Операции:* (дата) Лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Повторные санации и дренирования брюшной полости (даты и виды оперативных вмешательств).

*Осложнения основного заболевания:* Продолжающийся фибринозно-гнойный перитонит. Синдром полиорганной недостаточности (основные клинические проявления).

**Заключительные патологоанатомические диагнозы.**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Болезнь Крона с преимущественным поражением подвздошной, слепой и восходящей кишок.

*Осложнения основного заболевания:* Перфорация подвздошной кишки (размеры, дата перфорации). Межпетельный (межкишечный) абсцесс (локализация, размеры). Массивное кровотечение из язвы-трещины слизистой оболочки восходящей кишки (дата, предполагаемый объем крови). Острая постгеморрагическая анемия: (морфологические характеристики). Отек легких. Отек и набухание головного мозга.

*Сопутствующее заболевание:* Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 20%).

**Пример №2.**

*Основное заболевание:*Желчнокаменная болезнь: обтурирующий (ущемленный) камень общего желчного протока на уровне фатерова соска.

*Осложнения основного заболевания:* рефлюкс панкреатит, мелкоочаговый геморрагический панкреонекроз, панкреатогенный шок (морфологическая характеристика).

**Пример №3.**

*Основное заболевание:*Мезентериальный инфаркт с тотальным поражением тощей и подвздошной кишок. Стенозирующий атеросклероз брыжеечных артерий (2 степень, III стадия; обтурирующий смешанный тромб устья верхней брыжеечной артерии).

*Операция:* (дата) Лапаротомия.

*Осложнения основного заболевания:* Разлитой фибринозно-геморрагический перитонит. Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Мелкоочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз до 50%). Атеросклероз аорты и подвздошных артерий (3 степень, III стадия).

**Пример №4.**

Комбинированное основное заболевание.

Основное заболевание: Острая коронарная смерть: жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах; неравномерное кровенаполнение миокарда в боковой стенке левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз артерий сердца (3 степень, IV стадия, стеноз до 70% общего просвета трех артерий).

Фоновое заболевание: Флегмонозный калькулезный холецистит.

Операция: (дата) Холецистэктомия.

Осложнения основного заболевания: Фибрилляция желудочков: фрагментация мышечных волокон миокарда; острое общее венозное полнокровие, диапедезные кровоизлияния под серозными оболочками. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (3 степень, IV стадия). Узловая гиперплазия простаты.

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ, ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

Хронический алкоголизм является психическим расстройством, рубрифицированный в МКБ-10 под шифрами F 10.0-10.9. Это заболевание указывают в качестве основного заболевания, если оно само или его осложнения явились причиной оказания медицинской помощи, а в случае летального исхода привели больного к смерти. Если больной скончался от соматического заболевания достоверно алкогольной этиологии, то соматическое заболевание учитывается как основное заболевание (первоначальная причина смерти) с соответствующей рубрификацией по МКБ-10. Наличие патологических процессов, вызванных алкоголем и не имевших значения в танатогенезе, указывается в рубрике «Сопутствующие заболевания».

Психические и поведенческие расстройства с висцеральными проявлениями (поражение внутренних органов), вызванные длительным доказанным употреблением алкоголя, представляют собой групповое понятие «алкогольная болезнь». В нее входят родовые понятия, стадии алкогольной болезни, каждая из которых представлена группами нозологических единиц с соответствующими кодами МКБ-10:

 - острая алкогольная интоксикация – отравление алкоголем или алкоголь содержащими жидкостями (нередко на фоне хронического алкоголизма или хронической алкогольной интоксикации);

 - хроническая алкогольная интоксикация с алкогольным поражением органов (алкогольные висцеропатии);

 - хронический алкоголизм.

Случаи отравления алкоголем (этанолом) и алкоголь содержащей жидкостью, в том числе при наличии острых токсических висцеральных проявлений, являются предметом судебно-медицинской экспертизы под шифром Т 51.0 - токсическое действие алкоголя.

Острая алкогольная интоксикация является отравление алкоголем с его метаболитами и алкоголь содержащей жидкостью, всегда выставляется в диагнозе как основное заболевание – самостоятельная нозологическая единица (первоначальная причина смерти). Такой заключительный клинический диагноз требует извещения правоохранительных органов, для направления трупа на судебно-медицинское вскрытие.

При хроническом алкоголизме и хронической алкогольной интоксикации в зависимости от тяжести поражения, выраженности клинико-морфологических проявлений, а также глубины клинического и морфологического исследований, на первый план обычно выходит преимущественное поражение одного из органов (орган-мишень). Алкогольная патология органа-мишени является первоначальной причиной смерти в случаях летальных исходов. При этом имеются клинико-морфологические проявления патологических процессов, вызванных токсическим действием алкоголя и его метаболитов с подтвержденными фактами его длительного употребления. Изменения других органов и систем, но уступающих по тяжести и роли в танатогенезе рубрифицируются в рамках алкогольной болезни.

При алкогольной болезни формулировка диагноза основана на разделении хронического алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, острой (при отравлении) и хронической алкогольной интоксикаций.

Диагноз «хронический алкоголизм» может быть выставлен в любой рубрике диагноза («Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Сопутствующие заболевания»), но только в следующих случаях:

 - в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись специалиста (врача-психиатра или нарколога) об установлении диагноза «хронический алкоголизм»;

 - в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись об алкогольном делирии или иных формах алкогольного психоза;

 - в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по поводу хронического алкоголизма.

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

Хроническая алкогольная интоксикация – висцеральные проявления длительного токсического воздействия алкоголя и его метаболитов, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы. После указания в диагнозе этого группового понятия и двоеточия, далее в порядке убывания тяжести поражения перечисляется алкогольная органная патология. Это – алкогольные кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия, алкогольные поражения печени (гепатоз, гепатит, цирроз), поджелудочной железы (острые и хронические), желудка (атрофический гастрит), почек (IgA-нефрит) и др.

При хроническом алкоголизме (или хронической алкогольной интоксикации) в случаях, когда первоначальной причиной смерти явилось тяжелое поражение одного органа-мишени (а изменения прочих органов в танатогенезе менее существенны), в качестве основного заболевания следует выставлять нозологическую единицу – поражение органа-мишени.

В отличие от хронического алкоголизма, диагноз «хроническая алкогольная интоксикация» может и должен быть впервые выставлен (при обнаружении алкогольных органных поражений) врачом-патологоанатомом по результатам вскрытия, даже если он отсутствовал в заключительном клиническом диагнозе и в других записях медицинской карты больного. При этом рекомендуется учитывать анамнестические данные о длительном употреблении алкоголя.

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

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

При обострении хронического обструктивного бронхита с бронхопневмонией, последнюю, в соответствии с требованиями МКБ-10 указывают как проявление этого обострения (соответствует коду J44.0).

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ, ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Алкоголизм (на учете у нарколога 3 года) с полиорганными проявлениями: алкогольный делирий (дата), алкогольная энцефалопатия с выраженными признаками хронической демиелинизации, хронический атрофический гастрит, жировой гепатоз 3 степени.

*Осложнение основного заболевания:* Отек и набухание головного мозга с тинториальным вклинением.

*Сопутствующее заболевание:* Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

**Пример №2.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Панкреонекроз: отек, жировые некрозы и кровоизлияния в теле и головке поджелудочной железы, гнойное расплавление хвоста.

*Операции:* лапаратомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

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

*Осложнение основного заболевания:*ферментативный, фибринозно-гнойный перитонит.

**Пример №3.**

*Основное заболевание:*Субдуральная гематома по конвекситальной поверхности правого большого полушария головного мозга объемом 120 мл. Разрыв врождённой аневризмы в бассейне правой средней мозговой артерии.

*Осложнение основного заболевания:* Сдавление, отек головного мозга.

*Сопутствующее заболевание:* Хронический алкоголизм (по данным истории болезни) с полиорганными проявлениями: кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия,

**Пример №4.**

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

*Осложнения основного заболевания:* декомпенсация сердечной деятельности: миогенная дилятация полостей сердца; хроническое общее венозное полнокровие: мускатная печень, цианотическая индурация селезенки и почек, асцит (2000мл). Отек легких.

*Сопутствующее заболевание:* Хронический обструктивный гнойный бронхит вне обострения.

**Пример №5.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Крупозная пневмония (этиология) нижней доли правого легкого в стадии серого опеченения. Правосторонний фибринозный плеврит.

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

*Осложнения основного заболевания:* Острая легочно-сердечная недостаточность. Жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов. Острое общее венозное полнокровие. Отек и набухание головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

*Сопутствующее заболевание:* Хроническая язва двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

**Пример №6.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Алкогольный мелкоузловой монолобулярный цирроз печени степень активности, фаза, класс по шкале Чайлда-Пью.

*Фоновое заболевание:* Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: хронический индуративный панкреатит, хронический атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, энцефалопатия.

*Осложнения основного заболевания:* Синдром портальной гипертензии: (проявления). Печеночно-почечная недостаточность (показатели клинических анализов).

*Сопутствующее заболевание:* Хронический обструктивный слизистый бронхит в стадии ремиссии.

**ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ**

Согласно МКБ-10 (1989), ятрогении– это групповое понятие, объединяющее всё разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

 ***Ятрогения*** (буквально – «болезни, порожденные врачом», от греч.: Iatros – врач+Genes – порождающий) – это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий или бездействий врача.

Это понятие впервые было предложено в 1925 году немецким психиатром O. Bumke в статье под названием «Врач как причина душевных расстройств».

Уголовное и гражданское законодательство Российской Федерации не предусматривает понятий ятрогенные преступления и гражданско-правовые последствия ятрогенных воздействий.

Развитие медицины, научно-технический прогресс, неизбежно и объективно ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов. Клиницисты и патологоанатомы отмечают, что осложнения диагностики и лечения («болезни от прогресса медицины») приняли характер эпидемии. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Имеющийся арсенал медицинских средств становится все более «агрессивным» по отношению к больному. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль «человеческого фактора».

В различных регионах Российской Федерации принципы формулировки диагнозов, классификации и правил учета ятрогении, трактуются по-разному. В результате, достоверный статистический учет и анализ ятрогении не организован. У многих специалистов сложилось настороженное и негативное отношение к термину «ятрогении». Нередко встречается ошибочное отождествление термина «ятрогения» с понятием «врачебная ошибка», что приводит как к вольному или невольному сокрытию ятрогении, так и к предложениям отказаться от употребления этого термина. Одинаково опасны как «вылавливание ятрогении», «запугивание ятрогенией», так и их сокрытие, отсутствие о них объективной статистической информации.

 К ятрогениям следует относить только те патологические процессы, которые возникли «в результате действия», а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала, что может быть врачебной ошибкой, но не ятрогенией. К ятрогениям следует также относить патологические процессы, вызванные высказываниями медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей.

 Не может считаться ятрогенией факт расхождения диагнозов по любой категории и причинам.

 Не являются причиной ятрогении самостоятельные действия пациента и воздействия на него немедицинского характера. Например, патологические процессы, развившиеся вследствие самостоятельного (без указаний или в нарушение указаний медицинского персонала) приема лекарственных препаратов или использования какой-либо медицинской техники, не являются ятрогенными.

 Ятрогенный характер патологического процесса требует неоспоримых объективных клинических или морфологических доказательств. Без проведения патологоанатомического (или судебно-медицинского) вскрытия факт наличия ятрогенного патологического процесса, сыгравшего существенную роль в танатогенезе, не может считаться доказанным.

 При ятрогенных патологических процессах правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, их сопоставления, кодирования по МКБ-10 подчиняются, прежде всего, общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях.

 Категорически запрещается употреблять термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные в рубриках клинического или патологоанатомического диагнозов, в заключении о причине смерти, медицинском свидетельстве о смерти.

 Указанные термины могут быть использованы только в клинико-анатомическом эпикризе, как запись личного мнения врача-патологоанатома, в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия, в соответствующих медицинских документах клинико-экспертных комиссий и отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских учреждений.

 Врач-патологоанатом квалифицирует ятрогенный патологический процесс с медицинских позиций, вынося заключение о наличии, сущности, роли в танатогенезе и других его особенностях (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июня 2013г. № 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий").

 Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах в любых рубриках:

***Ятрогении с ведущей ролью в танатогенезе*** – «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» (1-е конкурирующее или сочетанное заболевания).

 ***Ятрогении с существенной ролью в танатогенезе:*** «Комбинированное основное заболевание» (2-е конкурирующее или сочетанное заболевания), «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» (смертельное осложнение — первоначальная причина смерти).

 ***Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе:*** «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)», «Сопутствующие заболевания».

В рубриках «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологически доказанных:

* передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;
* непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;
* случаях смерти: от анафилактического шока; во время наркоза и анестезии; в результате профилактических медицинских мероприятий; в результате косметических медицинских мероприятий.

Заболевание или травма, по поводу которых производились медицинские мероприятия, вызвавшие развитие ятрогенного патологического процесса, указываются либо как фоновое заболевание, либо вносятся в рубрику «основное заболевание» после проявлений ятрогении. Вид медицинского вмешательства не может быть указан в диагнозе вместо ятрогенной патологии, необходимо указать первым (и рубрифицировать по МКБ 10) патологический процесс, развившийся в результате такого вмешательства.

В рубриках «Комбинированное основное заболевание», ятрогении выносятся на 2-е место в структуре комбинированного основного заболевания, только если сыграли существенную роль в танатогенезе, но нет объективных доказательств их безусловной роли как основной причины смерти.

Во многих случаях патологические процессы после медицинских манипуляций являются результатом сложного взаимодействия организма с измененной (врожденной или приобретенной) реактивностью на медицинские воздействия (проведенных правильно и по показаниям, в соответствие с действующими стандартами или ошибочных). Поэтому, достоверно установить «удельную значимость» в танатогенезе медицинских воздействий часто не представляется возможным. Следовательно, и чаще всего, эти процессы не являются следствием медицинских манипуляций, которые просто явились катализатором смертельных осложнений основного заболевания. В таких случаях, при наличии прогрессирования естественно развившегося заболевания, смертельное осложнение указывают в рубрике «Осложнения основного заболевания» (смертельное осложнение — первоначальная причина смерти), а медицинскую манипуляцию, сыгравшую роль катализатора - отдельной рубрикой.

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают патологические процессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), возникшие после выполненных правильно, по жизненным показаниям, в соответствии с действующими стандартами диагностических, лечебных, реанимационных, реабилитационных (но не профилактических или косметических) мероприятий. Танатогенетическое значение таких осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе целесообразно указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)», хотя допустима их запись в рубрике «Сопутствующие заболевания», особенно если они представляют собой нозологическую форму.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

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

На ятрогенные осложнения хирургических вмешательств, а также реанимации и интенсивной терапии распространяются общие правила формулировки диагноза и оформления других медицинских документов при ятрогенных патологических процессах.

В диагнозе допустимо указывать осложнения реанимации и интенсивной терапии в специальной подрубрике «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия», после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Однако при наличии соответствующих причин (например, при грубом медицинском дефекте, явившемся первоначальной причиной смерти в ходе проведения интенсивной терапии по поводу заболевания, роль которого в танатогенезе маловероятна) необходимо вынесение такого патологического процесса в рубрики «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание».

**ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ**

**ПРИ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Пример №1.**

*Основное заболевание:* Нестабильная стенокардия (вариант, полная характеристика).

*Осложнения основного заболевания:*Нарушения ритма и проводимости (виды, полная характеристика). Отек легких.

*Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:* Пункция и катетеризация правой подключичной вены (дата).

*Осложнения пункции и катетеризации подключичной вены:* Повреждение стенок правой подключичной вены катетером. Массивная гематома окружающих вену мягких тканей (объем крови).

*Сопутствующее заболевание:*Атеросклеротическая деменция (полная характеристика).

**Пример №2.**

*Основное заболевание:*Системная красная волчанка (полная характеристика), длительная терапия глюкокортикостероидами (название препаратов, дозы, даты).

*Осложнения основного заболевания:*Лекарственный синдром Кушинга. Очаговая пневмония (локализация, этиология). Острая недостаточность надпочечников, коллапс.

**Пример №3.**

*Основное заболевание:* Сквозное ранение иглой правой подключичной артерии, ранение купола правой плевральной полости (дата).

*Фоновые заболевания:* Нестабильная стенокардия (вариант, полная характеристика). Нарушения ритма и проводимости (виды, полная характеристика).

*Осложнения основного заболевания:* Массивная гематома окружающих правую подключичную вену мягких тканей, прорыв правого купола плевры, гемопневмоторакс 800 мл. Геморрагический шок, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка, феномен пустого сердца.

**Пример №4.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Анафилактический шок на внутривенное введение тубазида.

*Фоновое заболевание:* Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (МБТ+, дата), фаза прогрессирования.

**Пример №5.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Воздушная эмболия, развившаяся при пункции яремной вены с целью проведения инфузионной терапии.

*Фоновое заболевание:* Нестабильная стенокардия (вариант, полная характеристика).

*Осложнение основного заболевания:*Остановка сердца (время).

**Пример №6.**

*Комбинированное основное заболевание.*

*Основное заболевание:* Баротравма легких – множественные очаги эмфиземы с разрывами межальвеолярных перегородок и паренхиматозными кровоизлияниями в легких при проведении искусственной вентиляции лёгких.

*Фоновое заболевание:* Острый флегмонозный аппендицит, операция лапаротомия, ингаляционный наркоз (дата, время).

*Осложнения основного заболевания:* Интраоперационная остановка сердечной деятельности, интраоперационная смерть.

Неукоснительное выполнение требований к формулировке диагноза позволит решить проблему унификации диагностических понятий, устранить разногласия между врачами разных специальностей, сделает возможным получение достоверных статистических данных о заболеваемости и смертности, повысит эффективность управления качеством медицинских услуг и, в конечном итоге, будет способствовать успешному лечению в каждом конкретном случае.

**ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ**

 Совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов регистрируется только по основному заболеванию. Сличение диагнозов по другим рубрикам (по осложнениям, сопутствующим заболеваниям) проводится отдельно 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 оборотную сторону титульного листа 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 рассматривается как расхождение диагнозов по II категории (субъективные причины — неправильные формулировка или оформление клинического 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 представляют 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 заключительном клиническом диагнозе. Однако, если есть убедительная объективная причина для изменения очередности нозологических форм в диагнозе, но все нозологические единицы, входящие в комбинированное основное заболевание совпадают, выставляется совпадение диагнозов, 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 в патологоанатомическом диагнозе другой нозологии, или отсутствие данной нозологии), по локализации (в том числе в таких органах, как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка и ее шейка, почки, поджелудочная железа, сердце и др.), по этиологии, по характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта – ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние), а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики. Факт поздней диагностики устанавливается коллегиально, во время проведения клинико-экспертной комиссии.

 Расхождение диагнозов регистрируется в случаях ошибочной трактовки основного заболевания в качестве сопутствующего, в связи с чем главные лечебные мероприятия направлены на заболевание, неправильно оцененное как основное; нераспознавание одного из заболеваний, входящих в состав основного комбинированного заболевания (фонового, сочетанного, конкурирующего, включая ятрогении).

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

 Категории расхождения диагнозов по основному заболеванию утверждены приказом Минздрава СССР № 375 от 04.04.83 г. и с тех пор не менялись. 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 медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла в данном медицинском учреждении на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные (см. ниже). I категория расхождений диагнозов чаще регистрируется при кратковременном пребывании больного в стационаре, или в случаях особой тяжести его состояния, делающих невозможным его обследование. К определению периода кратковременности пребывания больного в стационаре следует подходить в индивидуальном порядке, с учетом особенностей каждого случая.

**II категория расхождения диагнозов.**

В данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания. Например, диагностика основного заболевания – рака легкого была возможна на данном этапе, но никакие лечебные мероприятия не могли оказать положительный эффект в силу тяжелого состояния больного.

Расхождения диагнозов по II категории всегда являются следствием субъективных причин.

**III категория расхождения диагнозов.**

В данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Причины расхождения диагнозов по III категории всегда субъективные. Случаи расхождения диагнозов по III категории не следует приравнивать к ятрогениям.

Для полноценного, детального клинико-патологоанатомического анализа регистрации категорий расхождений недостаточно. Необходимо учитывать причины допущенных диагностических ошибок.

Традиционно, независимо от категории расхождения выделяют объективные и субъективные причины расхождения диагнозов.

**Объективные причины расхождения диагнозов:**

1. 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.
2. Трудность диагностики заболевания регистрируется в случаях, когда использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но атипичность, стертость проявлений болезни и крайняя редкость заболевания для данного региона, повреждение или неисправность диагностической аппаратуры в момент исследования, не позволили выставить правильный диагноз, атипичное или стертое проявление симптомов заболевания, крайняя редкость.
3. Тяжесть состояния больного. Диагностические мероприятия полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания).

**Субъективные причины расхождения диагнозов:**

1. Недостаточное обследование больного.
2. Недоучет анамнестических данных.
3. Недоучет клинических данных.
4. Неправильная трактовка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.
5. Недоучет или переоценка заключения консультанта (ответственность за работу с больным всегда несет лечащий врач).
6. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (отсутствие рубрификации, расположение осложнений в рубрике основного заболевания и т.д.).

7. Прочие причины.

При выявлении причин расхождения диагнозов, нужно выделить одну, главную причину, так как заключение, содержащее несколько причин одновременно (сочетание объективной и субъективной причин) крайне затрудняет последующий статистический анализ.

Независимо от того, имело место совпадение диагнозов по основному заболеванию или нет, следует проводить сличение диагнозов по важнейшим смертельным осложнениям и сопутствующей патологии. При этом представляется целесообразным в случаях нераспознанных важнейших осложнений трактовать данные наблюдения как расхождение диагнозов по этому разделу, а не как констатацию нераспознанного осложнения при совпадении диагнозов основного заболевания. Такой подход представляется оправданным в связи с тем, что именно осложнения во многих случаях (при условии их нераспознавания и непринятия соответствующих мер) обусловливают наступление смертельного исхода и именно на них чаще всего направлены лечебные мероприятия. Желательно установить также категорию (I-III) и причину расхождения диагнозов по осложнениям основного заболевания.

Количество (процент) нераспознанных клинически сопутствующих заболеваний в значительной степени является критерием качества клинической работы в целом, поскольку отражает тщательность обследования больных и диагностические возможности медицинского учреждения. В связи с этим термин «расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям» представляется более правомерным, чем обычно принятое в практике «нераспознанное сопутствующее заболевание при совпадении диагнозов по основному заболеванию».

Патологоанатом при клинико-анатомических сопоставлениях учитывает и другие дефекты диагностики и лечения: запоздалую клиническую диагностику основного заболевания и тяжелых осложнений; позднюю госпитализацию, повлиявшую на течение заболевания; при смерти дома – отсутствие или дефекты диспансерного поликлинического наблюдения.

Сличение всех рубрик клинического и патологоанатомического диагнозов должно проводиться при участии присутствующих на вскрытии врачей, тотчас после исследования трупа. Однако окончательный вариант клинико-анатомического сопоставления проводится патологоанатомом после анализа результатов микроскопического и других специальных методов исследования.

В случаях внебольничной летальности (умершие на дому), сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет свои особенности. В амбулаторной карте должны быть сформулированы заключительный клинический диагноз и посмертный эпикриз. При их отсутствии патологоанатомом регистрируется замечание к оформлению данной карты в клинико-анатомическом эпикризе и дефект оформления медицинской документации выносится на рассмотрение клинико-экспертной комиссии.

Когда заключительный клинический диагноз сформулировать не представлялось возможным и тело умершего было направлено на патологоанатомическое вскрытие для установления причины смерти, сопоставление диагнозов не проводится и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на клинико-экспертных комиссиях и для годовых отчетов.

При наличии в карте амбулаторного больного заключительного клинического диагноза и при его сопоставлении с патологоанатомическим диагнозом врач-патологоанатом устанавливает факт совпадения или расхождения диагнозов. При этом не определяют категорию расхождения (она применима только для умерших больных в стационарах), а из причин расхождения диагнозов указывают любую, за исключением кратковременности пребывания в стационаре.

**ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОМИССИЙ**

**ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ И КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**Порядок организации и проведения комиссий по изучению летальных исходов в лечебно-профилактических учреждениях.**

***Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ),*** созданные во всех лечебно-профилактических учреждениях, являются коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов.

Ниже приводятся ***основные положения по организации и проведению КИЛИ:***

1. В стационарах изучению на заседаниях КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаи летальных исходов, где по распоряжению администрации больницы не производилось патологоанатомическое исследование. В последних случаях анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, ведение медицинской документации, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.
2. В лечебно-профилактических учреждениях догоспитального этапа (поликлиники, амбулатории, медико-санитарные части) на заседаниях КИЛИ анализируются:

- все случаи летального исхода больных на территории, обслуживаемой данным догоспитальным лечебно-профилактическим учреждением, вне зависимости от того, производилось или нет патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование трупа;

- все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное догоспитальное лечебно-профилактическое учреждение поступила информация о допущенных в нём дефектах лечебно-профилактического процесса.

***Задачей анализа, проводимого в случаях смерти больных дома, является:***

1) соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, выставленных врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного;

1. соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным лечебно-профилактическим учреждением (ЛПУ), действующим положениям;
2. качество поликлинической медицинской документации, в том числе и качество оформления документов (направление умершего больного на патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование);
3. дефекты лечебно-профилактического процесса, выявленные патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием: своевременность и достоверность прижизненной диагностики, адекватность лечения, проводившегося врачами данного догоспитального ЛПУ, своевременность направления больного на госпитализацию.

***Предметом анализа летальных исходов в стационарах являются:***

1. соответствие заключительного клинического диагноза, диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием;
2. в случаях совпадения диагнозов проводится анализ своевременности установления основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватности проводившегося лечения, качества ведения медицинской документации;
3. при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов выясняются причины диагностической ошибки, их категория;
4. в многопрофильных лечебных учреждениях создаются профильные КИЛИ (терапевтические, хирургические, неврологические, урологические и другие);
5. председателем КИЛИ назначается соответствующим приказом главного врача наиболее авторитетный и квалифицированный врач-клиницист данного лечебного учреждения или научный сотрудник клинической кафедры, базирующейся в данном лечебном учреждении;
6. приказом главного врача данного лечебного учреждения назначается также постоянный секретарь КИЛИ из числа врачей-клиницистов. В его обязанности входит своевременное оповещение участников КИЛИ о времени её очередного заседания, ведение специального журнала регистрации заседаний КИЛИ. В журнале регистрируются даты заседаний КИЛИ, персональный состав её участников, паспортные данные умерших больных и номера их историй болезни и протоколов вскрытия, заключения КИЛИ по каждому случаю летального исхода, обсуждавшемуся на данном заседании;
7. в состав КИЛИ входят её постоянные члены - заведующие отделениями данного лечебного учреждения, участие которых в работе КИЛИ обязательно;
8. председатель КИЛИ назначает рецензентов, анализирующих и докладывающих результаты анализа секционных наблюдений, определяет состав работников параклинических служб, участие которых в данном заседании является обязательным. На заседаниях КИЛИ, при необходимости и с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части, могут приглашаться врачи-консультанты из других лечебных учреждений, кафедр учебных медицинских институтов, сотрудники медицинских научно-исследовательских учреждений;
9. приказом главного врача устанавливается фиксированный день и час работы КИЛИ, изменение которых допускается с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части;
10. участие в работе КИЛИ всех приглашённых на его заседание врачей данного лечебного учреждений строго обязательно;
11. ответственность за своевременность и качество проведения заседаний КИЛИ возлагается на его председателя.

***Порядок работы КИЛИ:***

* 1. Председатель КИЛИ не позднее, чем за 10 дней до заседания, передаёт в соответствующие лечебные отделения истории болезни больных, умерших в этих отделениях за установленный период времени.
	2. Заведующий отделением проводит с врачами данного отделения обсуждение историй болезней умерших больных, переданных ему председателем КИЛИ. Результаты этого обсуждения фиксируются в специальных картах разбора и вклеиваются в соответствующие истории болезни.
1. Истории болезни с картами разбора передаются внешнему для данного отделения рецензенту не позднее 7 дней до дня заседания КИЛИ.
2. Рецензент в специальной "карте рецензента" оформляет результаты проведенного им анализа истории болезни, в резюме отмечает свою точку зрения на особенности течения, диагностики, лечения, вносит предложения, направленные на устранение выявленных им дефектов. При наличии грубых дефектов диагностики и лечения, допущенных на предшествующих этапах, рецензент обязан принять возможные меры для установления учреждения, в котором были допущены эти дефекты, внести эти данные в карту рецензента.
3. На заседаниях КИЛИ рецензент информирует комиссию об основных особенностях данного наблюдения, установленных им дефектах ведения больного и медицинской документации.
4. При наличии ошибок прижизненной диагностики, её несвоевременности, рецензент излагает свою точку зрения на причины диагностической ошибки, её категорию.
5. Если точка зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения на оценку качества диагностики и лечения совпадают, если у членов КИЛИ не имеется аргументированных возражений по этому вопросу, обсуждение случая завершается фиксированием принятого решения в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе.
6. При несовпадении точек зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения, при наличии аргументированных возражений членов КИЛИ возможны следующие варианты:

8.1. На данном заседании КИЛИ проводится обсуждение клинических и патологоанатомических материалов и, в случае согласования точек зрения, совместное решение фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе.

8.2.Если согласия сторон достигнуть не удается, материалы разбора данного наблюдения передаются для повторного анализа в клиническое и патологоанатомическое отделения и вновь рассматриваются на очередном заседании КИЛИ.

8.3. При отсутствии согласия сторон и при повторном разборе на заседаниях КИЛИ, рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на обсуждение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), о чем в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе делается соответствующая запись.

1. Все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к III категории, все случаи витально опасных ятрогенных осложнений после их обсуждения на заседаниях КИЛИ, передаются в ЛКК, что также фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе.
2. Резюме о результатах обсуждения каждого случая летального исхода, проведенного на заседании КИЛИ, вклеивается секретарем КИЛИ в историю болезни и фиксируется в журнале КИЛИ.
3. Председатель КИЛИ представляет администрации лечебного учреждения в письменном виде краткое резюме итогов работы каждого заседания КИЛИ для информации и принятия необходимых мер.
4. На очередном заседании КИЛИ ее председатель информирует членов комиссии о мерах, принятых администрацией лечебного учреждения по выводам предшествующего заседания.

Порядок организации и проведения клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях.

***Основные задачи клинико-патологоанатомических конференций:***

а) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений, а также улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и анализа клинических и секционных данных;

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, включая недостатки организационного характера.

***На клинико-патологоанатомической конференции обсуждаются:***

а) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

б) все наблюдения, представляющие научно-практический интерес;

в) редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания;

г) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

д) случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям;

е) острые инфекционные заболевания;

ж) случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики заболевания, неясные случаи, требующие совместного обсуждения;

з) случаи, оставшиеся недостаточно ясными, или спорными после их обсуждения на КИЛИ.

На одной из конференций обсуждается доклад о работе за предыдущий год заведующего патологоанатомическим отделением, в котором представляются данные о больничной летальности и проводится анализ качества клинической диагностики и дефектов медицинской помощи.

Клинико-анатомические конференции в обязательном порядке должны сопровождаться представлением данных литературы по анализируемой проблеме, в виде рефератов и информационных сообщений. К их работе целесообразно привлекать ведущих специалистов по изучаемой проблеме, в том числе и из других медицинских учреждений.

Ответственность за организацию и качество проведения клинико-анатомических конференций несёт главный врач (директор) данного лечебного учреждения. Участие в работе клинико-анатомических конференций входит в функциональные обязанности всех врачей данного лечебного учреждения.

***Клинико-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.***

Только II и III категории расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов имеют непосредственное отношение к лечебному учреждению, где умер больной. I категория расхождения диагнозов относится к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки его заболевания и до госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение, в котором больной умер. Обсуждение этой группы расхождений диагнозов должно быть либо перенесено в эти учреждения, либо врачебный персонал последних должен присутствовать на конференции в лечебном учреждении, где умер больной.

На клинико-патологоанатомических конференциях обязаны присутствовать все врачи данного лечебно-профилактического учреждения, а также врачи тех лечебно-профилактических учреждений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах.

Клинико-патологоанатомические конференции проводятся по плану в рабочее время, не реже одного раза в месяц.

В крупных больницах, кроме общебольничных конференций должны проводиться клинико-патологоанатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений.

Подготовка клинико-патологоанатомической конференции осуществляется заместителем главного врача по медицинской части и заведующим патологоанатомическим отделением.

Повестка очередной клинико-патологоанатомической конференции доводится до сведения врачей лечебного учреждения не позднее, чем за 7 дней до конференции.

Для проведения клинико-патологоанатомической конференции руководителем лечебного учреждения назначаются два председателя (клиницист и заведующий патологоанатомическим отделением), а также рецензент из числа наиболее квалифицированных врачей (терапевт или педиатр, хирург, патологоанатом и др.). При наличии на базе данного лечебного учреждения лечебных кафедр, их сотрудники привлекаются к подготовке и проведению клинико-анатомических конференций в качестве сопредседателя, рецензента или докладчика.

Для ведения протокола конференции приказом назначаются два постоянных секретаря из состава врачебного коллектива. Они регистрируют в журнале заседаний клинико-анатомических конференций дату проведения конференции, её повестку, состав участников, сопредседателей, основных положений всех выступающих, заключительного резюме, принятого конференцией. Протокол конференции визируется сопредседателями, журнал хранится у главного врача или его заместителя по медицинской части.

Целесообразно не перегружать повестку конференции обсуждением более чем двух наблюдений.

Заседание проводится по общепринятому плану. После вступительного слова председателя, подлежащий разбору случай докладывается лечащими врачами, которым участники конференции задают вопросы. Представленные клинические данные дополняются результатами патологоанатомического исследования. Они демонстрируются производившим вскрытие патологоанатомом, также отвечающим на возникшие вопросы. После доклада патологоанатома выступает рецензент, анализирующий по данным истории болезни качество обследования, лечения больного и оформления медицинской документации. Следующим этапом является обсуждение, в процессе которого все участники могут высказать свое мнение и внести предложения по разбираемым на конференции вопросам. На этом этапе сотрудник кафедры, врач-клиницист или патологоанатом представляют обзор современной литературы по анализируемой проблеме. Завершает конференцию председатель (сопредседатели), который подводит итог проведенного обсуждения и вносит предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса.

Руководство лечебно-профилактических учреждений на основании материалов, выводов и предложений клинико-патологоанатомических конференций разрабатывает и осуществляет мероприятия по предотвращению и ликвидации выявленных недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным.

Если в результате клинико-анатомической конференции достигнуть единства мнения участников не удаётся, данный случай передаётся на рассмотрение независимой экспертной комиссии, до получения выводов которой за правильную принимается точка зрения патологоанатома.

Клинико-анатомическая конференция завершается обобщающим выступлением председателей (или одного из них), в котором подводятся её итоги, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

Администрация больницы в недельный срок доводит до сведения врачебного персонала принятые ею решения о мероприятиях, основанных на предложениях конференции.

Результат клинико-анатомической конференции во многом зависит от состава ее участников. Чем образованнее и опытнее врачи, принимающие участие в конференции, тем содержательнее она проходит. Очень важно подобрать для разбора интересные наблюдения и создать атмосферу критического подхода к разбираемому материалу.

Окончательное клинико-патологоанатомическое заключение по летальному исходу принимается только коллегиально, комиссией по изучению летальных исходов или клинико-анатомической конференцией. В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии или конференции, это фиксируется в протоколе заседания, и вопрос передается на рассмотрение независимой экспертной комиссии. На основе коллегиального (комиссионного) решения возможна переквалификация случаев расхождения (или совпадения) клинического и патологоанатомического диагнозов в категорию совпадения (или, соответственно, расхождения).

**Тестовые задания:**

Выберите один правильный вариант ответа.

1. ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
2. гипертоническая болезнь
3. острый флегмонозный аппендицит
4. разлитой гнойный перитонит
5. атеросклероз
6. язвенная болезнь желудка
7. В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ
8. ишемическая болезнь сердца
9. разлитой перитонит
10. гломерулонефрит
11. цереброваскулярная болезнь
12. СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО
13. две одновременно имеющиеся у больного нозологические единицы, каждая из которых в отдельности могла бы привести к смерти
14. нозологические единицы, которыми одновременно страдал умерший и, которые взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода
15. заболевания, которые способствовали развитию или отягощали течение основного заболевания и его осложнений
16. патологические процессы, которые патогенетически связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями
17. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ МОНОКАУЗАЛЬНОМ ГЕНЕЗЕ
18. отек легких
19. брюшной тиф
20. тромбоэмболия лёгочной артерии
21. двухсторонний геморрагический плеврит
22. постгеморрагическая анемия
23. СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ СМЕРТИ ОТ БРОНХОПНЕВМОНИИ
24. грипп
25. хронический бронхит с перибронхиальным пневмосклерозом
26. аденома предстательной железы
27. эмпиема плевры
28. инфаркт миокарда, острая стадия
29. КОНКУРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
30. панкреонекроз, ферментативный шок
31. цирроз печени, гепатит С
32. крупозная пневмония, инфаркт миокарда
33. рак желудка 1 ст., вульгарная бородавка левой ягодичной области
34. кровоизлияние в головной мозг, гипертоническая болезнь
35. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ
36. ложный круп
37. миоглобинурийный нефроз
38. лихорадка Эбола
39. хроническая аневризма сердца
40. тромбоэмболический синдром
41. ФОНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ - ЭТО
42. заболевание, которое способствовало развитию основного заболевания и отягощало его течение
43. заболевание, по поводу которого больной находился на лечении в стационаре
44. заболевание, которое предшествовало основному
45. заболевание, не сыгравшего никакой роли в пато- и танатогенезе
46. заболевание, которое само по себе или вследствие своих осложнений привело больного к смерти и имеющее клинико - морфологическое подтверждение
47. СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
48. заболевание, по поводу которого больной находился на лечении в стационаре
49. заболевание, которое повлияло на развитие осложнений основного процесса
50. заболевание, не сыгравшего никакой роли в пато- и танатогенезе основного заболевания
51. заболевание, которое сопутствовало основному и способствовало его развитию
52. заболевание, написанное в последней строчке заключительного клинического диагноза
53. 3-Я КАТЕГОРИЯ РАСХОЖДЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОЗНАЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ
54. заболевание не распознано на предыдущем этапе оказания медицинской

помощи, а в этом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей

1. не распознавание заболевания привело к ошибочной лечебной тактике,

что сыграло решающую роль в неблагоприятном исходе

1. заболевание не распознано в данном лечебном учреждении посубъективным причинам, однако диагностическая ошибка не оказала решающего влияния на исход болезни
2. заболевание не распознано в данном учреждении из-за кратковременного пребывания больного в стационаре

**Эталоны ответов к тестовым заданиям:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Эталон ответа** |
| 1 | 3 |
| 2 | 3 |
| 3 | 2 |
| 4 | 2 |
| 5 | 3 |
| 6 | 3 |
| 7 | 5 |
| 8 | 1 |
| 9 | 3 |
| 10 | 2 |

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1**

На вскрытии, в теменно-височной области правого полушария головного мозга обнаружен очаг серого размягчения кашицеобразной консистенции, неправильной формы, размером 8,0х4,5х3,0 см, с неразличимыми границами между серым и белым веществом. Стенки артерий основания головного мозга утолщены за счет множественных бело-желтых бляшек, интима над ними шероховатая. Бляшки режутся с хрустом, суживают просветы сосудов до 70%. Миндалины мозжечка содержат борозду от большого затылочного отверстия.

Просветы глубоких вен правой голени заполнены красными, эластичной консистенции массами, с крошащимися, серого цвета участками, плотно спаянными со стенкой сосуда. Подобного вида массы, имеющие цилиндрическую форму, диаметром 0,5-0,7см, длиной 2-7см свободно располагаются, а местами полностью закупоривают просветы крупных и средних ветвей легочной артерии.

В аорте большое количество крови, темно-красных сгустков. Интима аорты цвета «слоновой кости», с большим количеством желтых пятен, светло-серых бляшек, интима над ними изъязвлена. Сердце 14х12х11 см, массой 534г, плотно-эластической консистенции, конфигурация его изменена за счет увеличения левых отделов. Толщина миокарда левого желудочка 2,0 см, правого желудочка - 0,3 см.

В проекции S7-S10 правого легкого и S3, S6 левого легкого, определяются субплеврально расположенные участки уплотнения 3х3х3см. На разрезе они имеют темно-красный цвет, неправильную и клиновидную форму. Предстательная железа неправильной формы, размерами 6х6х5,5 см, плотной консистенции, на разрезе серая с пористого вида округлыми светло-серыми узлами, диметром от 0,4 до 1,2см.

***Микроскопическая картина:***

*Головной мозг:* Неравномерное кровенаполнение артерий и вен, неравномерное расширение периваскулярных и периневрональных пространств, циркулярный склероз, гиалиноз стенок мелких артерий. Определяются очаги спонгиозного отёка и некроза мозговой ткани.

*Лёгкие:* Выраженное кровенаполнение ветвей лёгочных вен, артерий, капилляров межальвеолярных перегородок с явлениями стаза эритроцитов. В просветах ветвей лёгочной артерии – смешанные тромбы. Стенки бронхов умеренно склерозированы, отечны, полнокровны. Слизистая оболочка с повышенной секрецией слизи. Определяются очаги некроза паренхимы, зоне которых просветы альвеол заполнены эритроцитами. В отдельных полях определяются очаги дистелектазов.

*Сосуды правой голени:* Просветы глубоких вен заполнены тромботическими массами, представленными частично лизированными эритроцитами с примесью нитей фибрина и лейкоцитов. Стенка сосуда истончена.

*Предстательная железа:* Неравномерное кровенаполнение артерий и вен. Железы в состоянии неравномерной гиперплазии, расширены, частично заполнены секретом. Во многих полях зрения определяются избыточные разрастания фиброзной ткани.

*В почках, поджелудочной железе* – циркулярный склероз, гиалиноз стенок мелких артерий.

1. Название процесса, обнаруженного в головном мозге. Его определение.

2. Место, которое должна занять эта патология в патологоанатомическом диагнозе.

3. Заболевание, морфологическими проявлениями которого являются изменения в сердце и мелких артериях внутренних органов. Его место в патологоанатомическом диагнозе.

4. Назвать патологию предстательной железы. Её место в патологоанатомическом диагнозе.

5. Название изменений в венах нижних конечностей, легочной артерии, легких. Их место в патологоанатомическом диагнозе.

**Задача № 2**

Через несколько минут после поступления в приемный покой у пациента 80 лет наступила остановка сердца, после чего, несмотря на предпринятые реанимационные мероприятия, была констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз:

*Основное заболевание:* ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Мелкоочаговый кардиосклероз. A-V блокада 2 степени, переходящая в A-V блокаду 3 степени. Полная блокада правой ножки пучка.

*Осложнения основного заболевания:* Острая сердечная недостаточность, асистолия. Отек легких.

*Сопутствующие заболевания:* Гипертоническая болезнь III, риск 4. Бронхопневмония слева. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Аневризма брюшного отдела аорты. Глаукома обоих глаз. Сахарный диабет 2 типа.

 В результате патологоанатомического исследования диагностированы: острый трансмуральный инфаркт миокарда (давностью менее суток) боковой стенки левого желудочка; диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (2 степень, 4 стадия, стеноз до 70 %); гипертоническая болезнь, атеросклероз аорты (3 степень, IV стадия); узловой коллоидный зоб. Пневмония не подтвердилась.

1. Назвать основное заболевание в заключительном патологоанатомическом диагнозе.

2. Провести сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, в случае расхождения – установить его категорию, причину.

3. Место в патологоанатомическом диагнозе гипертонической болезни и сахарного диабета.

4. Определение фонового заболевания патологоанатомического диагноза.

5. Место в патологоанатомическом диагнозе мелкоочагового кардиосклероза, атеросклероза коронарных артерий.

**Задача № 3**

В качестве основного заболевания у пациента умершего в хирургическом отделении в посмертном клиническом диагнозе указан острый инфаркт миокарда. На аутопсии диагностированы трансмуральный инфаркт миокарда с миомаляцией, разрывом, гемоперикардом и тотальный панкреонекроз, ферментативный перитонит. Выявлены морфологические признаки гипертонической болезни. Обнаружена хроническая язва желудка в стадии обострения.

1. Место в патологоанатомическом диагнозе панкреонекроза и инфаркта миокарда.

2. Место в патологоанатомическом диагнозе гипертонической болезни.

3. Место в патологоанатомическом диагнозе хронической язвы желудка.

4. Обозначить категорию расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

5. Дать определение сочетанных заболеваний.

**Задача № 4**

Заключительный клинический диагноз:

*Основное заболевание:* Внебольничная двусторонняя деструктивная тотальная пневмония, тяжелое течение (J 18.8).

*Фоновое заболевание:* ИБС, стенокардия напряжения 3 ф.кл. персистирующая фибрилляция предсердий. СН-2Б.

*Осложнения основного заболевания:* Острая вентиляционная недостаточность III ст. Острая дыхательная недостаточность III ст.; острые эрозии пищевода, остановившееся кровотечение; острые эрозии препилорического отдела желудка, остановившееся кровотечение, плевральный выпот слева.

*Сопутствующие заболевания:* Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, с локализацией на передней и задней стенках в стадии обострения, остановившееся кровотечение из язвы. Гипертоническая болезнь 3, риск 4. Атеросклероз аорты.

 *Операции:* Пункция и катетеризация v. Subclaviadextra - (дата); Трахеостомия - (дата).

 *Причина смерти:* Дыхательная недостаточность.

На аутопсии у пациента, умершего в пульмонологическом отделении на 5 сутки со дня госпитализации (R-логическое исследование легких не проводилось), были выявлены следующие изменения:

 - Злокачественное новообразование верхней доли левого легкого (гистологическое исследование – плоскоклеточный рак) T2N0M1, с внутриорганными метастазами в правое и левое легкое, висцеральную плевру левого легкого, отдаленными метастазами в печень.

 - Острая постгеморрагическая анемия (Нв - 42 г/л, Эр. – 1,2х1012). Диагностировано профузное (более 500 мл) легочное кровотечение, причиной которого явилась аррозия сосудов в опухоли (наличие свертков крови в трахеи и крупных бронхах).

 - Хронический деформирующий катарально-гнойный бронхит в стадии ремиссии с плоскоклеточной метаплазией респираторного эпителия.

 - Гипертрофия миокарда левого желудочка (масса сердца 430,0 г, толщина миокарда левого желудочка 1,9 см), распространенный артериолосклероз, гиалиноз внутренних органов; атеросклероз коронарных артерий (II степень, IV стадия); атеросклероз аорты (II степень, IV стадия).

 1. Заболевание, которое должно фигурировать в патологоанатомическом диагнозе в рубрике «Основное заболевание».

2. Заболевание, морфологическими проявлениями которого являются изменения в сердце и мелких артериях внутренних органов. Его место в патологоанатомическом диагнозе.

3. Осложнение, явившееся непосредственной причиной смерти.

4. Заболевание, возможно явившееся одной из причин развития основного страдания. Его место в патологоанатомическом диагнозе.

5. Провести сличение диагнозов, в случае расхождения – установить его категорию, причину.

**Задача № 5**

У больного, длительное время страдающего фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, появились периферические отеки, протеинурия, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия и стойкое повышение АД до 170/110 мм рт.ст. При УЗИ в левой доле печени, субкапсулярно, было обнаружено опухолевидное образование размерами 2х3х1,5 см (гистологически: кавернозная гемангиома). В анамнезе у больного сахарный диабет 2 типа, тяжелого течения, декомпенсированный.

При явлениях нарастающей почечной недостаточности наступила смерть.

1. Клинико-морфологическая форма туберкулеза у умершего.

2. Место сахарного диабета в патологоанатомическом диагнозе в

данном случае.

3. Место гемангиомы печени в патологоанатомическом диагнозе, её

возможное осложнение.

4. Процесс, обусловивший нефротический синдром и гипертензию у больного. Его место в патологоанатомическом диагнозе.

5. Другие возможные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам:**

**Задача № 1.**

1. Инфаркт теменно-височной области правого полушария головного мозга. Инфаркт – сосудистый некроз.

2. Место основного заболевания.

3. Гипертоническая болезнь, сосудистая стадия. В данном случае рассматривается в качестве фонового заболевания.

4. Железисто-стромальная гиперплазия предстательной железы – сопутствующее заболевание.

5. Тромбоз глубоких вен правой голени. Тромбоэмболия крупных и средних ветвей легочной артерии, геморрагические инфаркты легких. Их место в диагнозе – в рубрике «Осложнения».

**Задача № 2.**

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда (давностью менее суток) боковой стенки левого желудочка.

2. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию, категория расхождения I, причина – кратковременное пребывание пациента в стационаре. В клиническом диагнозе, в рубрике «Сопутствующие заболевания», отсутствует атеросклероз аорты, не распознан коллоидный зоб. Имеет место гипердиагностика пневмонии.

3. Гипертоническая болезнь и сахарный диабет – фоновые заболевания.

4. Фоновым является заболевание, которое сыграло существенную роль в возникновении и развитии основного заболевания, впоследствии отягощало его течение и способствовало возникновению осложнений. При этом этиология у него иная.

5. Мелкоочаговый кардиосклероз и атеросклероз коронарных артерий вносятся в рубрику «Основное заболевание».

**Задача № 3.**

1. Панкреонекроз и инфаркт миокарда – конкурирующие заболевания, поскольку каждое в отдельности могли привести к смерти.

2. Гипертоническая болезнь является фоновым заболеванием.

3. Хроническая язва желудка рассматривается в качестве сопутствующего заболевания.

4. Наиболее вероятной категорией расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов будет вторая, т.к. пациент находился в хирургическом отделении, в котором для диагностики острого панкреатита имеются наибольшие возможности.

 5. Сочетанные заболевания – две нозологические единицы, случайно совпавшие во времени, каждая из которых в отдельности не могла в данный момент привести к смерти, но в совокупности они становятся причиной смерти.

**Задача № 4.**

1. Злокачественное новообразование верхней доли левого легкого должно

быть отнесено в рубрику «Основное заболевание».

1. Гипертоническая болезнь, сосудистая стадия. Рассматривается, в

данном случае, как «Сочетанное заболевание».

1. Профузное легочное кровотечение. Острая постгеморрагическая

анемия.

1. Хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией бронхиального

эпителия в данном случае выступает в качестве фонового заболевания, т.к. есть прямая зависимость между ним и гистогенезом основного заболевания.

1. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по

основному заболеванию. Категория расхождения – II. Причина расхождения диагнозов – недостаточное обследование больного.

**Задача № 5.**

1. Вторичный туберкулез.
2. Сахарный диабет рассматривается как фоновое заболевание.
3. Гемангиома печени в диагнозе должна занять место в рубрике

«Сопутствующее заболевание». Её возможным осложнением, в случае субкапсулярной локализации, является внутрибрюшное кровотечение.

1. Амилоидоз почек. В диагнозе вносится в рубрику «Осложнения

основного заболевания».

1. Кровотечение, пневмоторакс, эмпиема плевры, легочно-сердечная

недостаточность.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Зайратьянц, О. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов : cправочник / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. – М. : МИА, 2011. – 576 с.
2. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс] // ЭМБ Консультант врача. – Режим доступа : http://www.rosmedlib.ru/pages/on\_mkb10.html.
3. О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении" (вместе с "ОСТ 91500.01.0005-2001...") : Приказ МЗ РФ № 12 от 22.01.01 г.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (в редакции Федеральных Законов от 25.06.2012 №89-ФЗ, от 25.06.2012 № 93-ФЗ, от 02.07.2013 № 167-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ, от 23.07.2013 № 205-ФЗ, от 27.09.2013 № 253-ФЗ, от 25.11.2013 № 317-ФЗ) : Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.12. 2011 г.
5. Об особенностях кодирования некоторых заболеваний из класса IX МКБ-10 : Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации № 14-9/10/2-4150 от 26.04.2011 г.
6. Патологическая анатомия : нац. рук. / ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с.
7. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с.
8. Патолого-анатомическое вскрытие : нормативные документы / сост. Г. А. Франк, П. Г. Мальков, Е. В. Каракулина [и др.] / под ред. Г. А. Франка, П. Г. Малькова. – М. : Медиа Сфера, 2014. – 80 с.
9. Правила формулировки патологоанатомического диагноза : клинические рекомендации / Г. А. Франк, О. В. Зайратьянц, П. Г. Мальков [и др.]. - М., 2015. - 18 с.
10. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении : сб. норматив.-метод. документов по вопросам патологоанатом. (патоморфолог.) исслед. / под ред. Р. У. Хабриева, М. А. Пальцева. – М., 2007. – Вып. 1. – 480 с.
11. Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов дыхания (класс X «Болезни органов дыхания» МКБ-10) : клинические рекомендации / Г. А. Франк, А. Г. Чучалин, А. Л. Черняев [и др.]. – М., 2015. – 40 с.
12. Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10): клинические рекомендации / Г. А. Франк, А. Г. Чучалин, А. В. Шпектор [и др.]. – М., 2015. – 35 с.