

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Департамент здравоохранения Томской области

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения
«Томская областная клиническая больница»

**ПРАВИЛА
ФОРМУЛИРОВКИ И КОДИРОВАНИЯ
ПО МКБ-10 ДИАГНОЗА И ПРИЧИН СМЕРТИ
ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Томск
Издательство СибГМУ
2024

УДК 616.831-005-07-036.88(035.3)

ББК 56.127.7,3-4я7

П 683

П 683 **Правила формулировки и кодирования по МКБ-10 диагноза и причин смерти при цереброваскулярных заболеваниях:** руководство для врачей / Сост.: Д.М. Плотников, С.В. Вторушин, Н.В. Крахмаль, А.А. Неклюдов. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2024. – 130 с.

ISBN 978-5-98591-180-0

В руководстве представлены современные принципы формулировки и кодирования диагнозов острых и хронических цереброваскулярных заболеваний в соответствии с правилами МКБ-10. Приведены примеры формулировки клинических, патологоанатомических диагнозов, а также оформления медицинских свидетельств о смерти. Пособие предназначено для врачей неврологов, патологоанатомов, терапевтов, кардиологов, геронтологов, а также широкого круга врачей других специальностей и фельдшеров.

УДК 616.831-005-07-036.88(035.3)

ББК 56.127.7,3-4я7

Рецензенты:

Ю.Н. Быков – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России.

А.П. Надеев – д-р мед. наук, проф., зав. каф. патологической анатомии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России.

И.В. Степанов – канд. мед. наук, зав. патологоанатомическим отделением НИИ кардиологии Томского НИМЦ.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 5 от «05» июля 2024 г.).

ISBN 978-5-98591-180-0

© Плотников Д.М., Вторушин С.В., Крахмаль Н.В., Неклюдов А.А., 2024

© Макет издательства СибГМУ, 2024



Посвящается

памяти врача кардиолога ОГАУЗ «ТОКБ»
Людмилы Георгиевны Безшейко,
оказавшей неоценимую помощь
в подготовке этого руководства

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АВМ	– артериовенозные мальформации
АГ	– артериальная гипертензия
АРТ	– антиретровирусная терапия
БА	– болезнь Альцгеймера
ВЧД	– внутричерепное давление
ДВС	– диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (синдром дефибринации)
ДН	– дыхательная недостаточность
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
КТ	– компьютерная томография
МБТ	– микобактерии туберкулеза
МЗ РФ	– Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10	– международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
МНО	– международное нормализованное отношение
МРТ	– магнитно-резонансная томография
МСС	– медицинское свидетельство о смерти
НК	– недостаточность кровообращения
ОНМК	– острое нарушение мозгового кровообращения
ОРДС	– острый респираторный дистресс-синдром
ПИКС	– постинфарктный кардиосклероз
РЧА	– радиочастотная абляция
САК	– субарахноидальное кровоизлияние
СКФ	– скорость клубочковой фильтрации
ТИА	– транзиторная ишемическая атака
ФК	– функциональный класс
ХБП	– хроническая болезнь почек
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ХПН	– хроническая почечная недостаточность
ЦВБ	– цереброваскулярные болезни
ЦВЗ	– цереброваскулярные заболевания
ЭхоКГ	– эхокардиография

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее руководство является результатом совместного труда патологоанатомов, клиницистов и специалистов по медицинской статистике. Оно направлено на повышение качества формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10, оформления медицинского свидетельства о смерти (МСС) с целью совершенствования статистики заболеваемости и смертности населения, а также приведения вышеуказанной деятельности в соответствие с действующими приказами, требованиями МКБ-10, рекомендациями Минздрава России и Российского общества патологоанатомов.

К сожалению, в последние годы в этой области медицинских знаний и навыков появилось множество разночтений, несоответствий. Периодически появляющиеся нормативные документы разного уровня не всегда соответствуют сложившимся традициям и международным правилам, а зачастую противоречат друг другу. В результате отечественная статистика заболеваемости и смертности совершенно не соответствует мировой, иногда разница достигает нескольких порядков (например, средний стандартизованный коэффициент смертности за первые 15 лет XXI века от «других ЦВБ» (I67) у мужчин старше 50 лет в РФ составил 506,87 на 100000 населения, а в США тот же коэффициент равен 11,46 на 100000 населения, то есть российский коэффициент превышает коэффициент США более чем в 44 раза). Такие отличия структуры смертности населения России от других стран во многом являются результатом недостоверной статистики смертности, связанной с несоблюдением правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти, а также отсутствием автоматизированных систем кодирования. Устранение этого несоответствия — одна из задач настоящего руководства.

Особую благодарность коллектив авторов данного пособия выражает авторам опубликованных в 2019 году Департаментом здравоохранения г. Москвы методических рекомендаций «Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти» под редакцией профессора О.В. Зайратьянца. В формате видеолекции с этими рекомендациями можно ознакомиться в свободном доступе на канале YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=KX3KrYT7XSI&feature=youtu.be>; часть лекции по теме ЦВБ — с 5:04 до 6:04 часа трансляции. Позднее эти данные были оформлены в виде отдельной монографии-руководства для врачей «Правила формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10», изданной в 2022 году «ГЭОТАР-Медиа» под редакцией В.А. Клевно и О.В. Зайратьянца. Это издание и послужило примером для авторов данного руководства. Однако отличие настоящего пособия в том, что здесь приведены еще и примеры клинических диагнозов.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ. ДИАГНОЗ И ЕГО СТРУКТУРА. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

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

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

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

Диагноз должен быть:

- нозологическим (каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы — нозологической единицы; если это невозможно — с синдрома);
- соответствующим международной номенклатуре и классификациям болезней (действующей является МКБ-10);
- развернутым, т. е. содержать дополнительную (интранозологическую) характеристику патологических процессов (клинико-анатомическую форму заболевания: тип течения, степень активности, стадию, функциональные нарушения — согласно рабочей классификации), включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;
- этиологическим и патогенетическим (если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет);
- структурно оформленным — рубрифицированным (разделенным на унифицированные рубрики);
- фактически и логически обоснованным (достоверным);
- своевременным и динамичным (в большей мере это касается заключительного клинического диагноза).

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. Только при соблюдении этих требований врачами всех специальностей и во всех медицинских организациях можно достигать репрезентативных показателей.

Заболевание определяется как возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Состояние определяется как изменение организма, возникающее в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующее оказания медицинской помощи.

Термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001:

- 1. Нозологическая форма** (единица) определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травма, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
- 2. Синдром** — это состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных и диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате диагностики. Диагностика представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

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

- медицинской: диагноз является обоснованием выбора маршрутизации, методов лечения и профилактических мероприятий, а также оценки прогноза развития заболевания;
- социальной: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи);
- экономической: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- статистической: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и анализа причин смерти населения.

Медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. Также следует помнить, что Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического диагноза, а служит только инструментом для его формализации.

В российском здравоохранении традиционно принята общая структура диагноза, включающая следующие составные части или рубрики: основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующее заболевание.

Основное заболевание — это 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.

Осложнения — это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями, утяжеляют течение заболевания и нередко приводят к смерти.

Например, отек мозга и его вклинение в большое затылочное отверстие является наиболее частым смертельным осложнением тяжелых, остро протекающих цереброваскулярных заболеваний.

Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения — индивидуальны.

В диагнозе перечислять осложнения целесообразно в патогенетической или временной последовательности от ранних к поздним.

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

Смертельное осложнение допустимо указывать в начале перечня осложнений, нарушая их патогенетическую или временную последовательность, хотя это негативным образом сказывается на логичности выстраиваемой патогенетической цепочки, в связи с чем подобное указание не рекомендуется.

Сопутствующее заболевание — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже синдромами). По поводу этих заболеваний в клинике могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.

Следует обратить внимание, что понятия «основное заболевание» и «сопутствующее заболевание» определены законодательно в статье № 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и не подлежат модификациям при дальнейшем обсуждении этих терминов.

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

- Основное заболевание

- Осложнения
- Сопутствующие заболевания

Такая рубрификация диагноза была впервые утверждена приказом Минздрава СССР от 03 января 1952 г. № 4 и без изменений сохранилась до наших дней в бланках медицинских карт.

Нерубрифицированные диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению и должны расцениваться как неверно оформленные.

Необходимо отметить, что даже при такой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний). В связи с этим экспертами ВОЗ принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются при анализе заболеваемости и смертности.

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

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

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

степень инвазивности вмешательств, которые нужно, а которые не нужно вносить в диагноз, четко не определены.

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

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

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием даты и времени проведения) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики осложнений и до рубрики сопутствующих заболеваний.

В группу реанимационных мероприятий относятся ИВЛ, непрямой массаж сердца, введение вазопрессорных аминов (фармакоподдержка).

Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями, представляют собой особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза.

Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации, поэтому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам.

Множественность причин смерти определяется как коморбидность. Особо подчеркивается, что, поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с местными правилами. В порядке реализации этой рекомендации ВОЗ полезен российский опыт разработки теории диагноза.

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти. Они должны иметь общие осложнения с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь патологических процессов, непосредственно приведших к смерти. Выделяют конкурирующие, сочетанные и фоновые заболевания.

Конкурирующее заболевание — нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший, и каждая из них в отдельности, несомненно, могла привести к смерти.

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

Фоновое заболевание — нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась причиной или одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (состояния), отягощающее его течение и способствующее возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское вмешательство.

В структуре диагноза после анализа выбирается ведущее заболевание, которое указывается как основное, после него указывают коморбидное заболевание.

При прочих равных условиях предпочтение имеет и в рубрику «Основное заболевание» в диагнозе выставляется:

- 1) нозологическая форма, которая с наибольшей вероятностью стала причиной смерти (ведущее значение в танатогенезе);
- 2) нозологическая форма более тяжелая по характеру, осложнениям, та форма, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;

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

- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.);
- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям;
- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

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

- Основное заболевание
- Конкурирующее заболевание (заболевания)
 - или сочетанное заболевание (заболевания)
 - и/или фоновое заболевание (заболевания)
- Осложнения
- Сопутствующие заболевания

При заполнении медицинского свидетельства о смерти, в соответствии с правилами ВОЗ, в качестве первоначальной причины смерти должно учитываться только одно из этих состояний.

В диагнозе это заболевание (состояние) указывается в рубрике «Основное заболевание» и вписывается в пункт 22 части I медицинского свидетельства о смерти, а его код подчеркивается.

Коморбидные заболевания должны быть отражены в пункте 22 в части II медицинского свидетельства о смерти как прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

При формулировании диагноза не следует указывать более двух–трех коморбидных нозологических единиц, превращая диагноз

фактически в полипатию, поскольку обычно это свидетельствует о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и мало-пригодно для статистического учета.

Также не допускается:

- указывать в рубрике основного заболевания те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса (они записываются в рубрику с сопутствующими заболеваниями);
- указывать только групповые (родовые) понятия, например, ишемическая болезнь сердца или цереброваскулярные заболевания без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга» и т. д., в патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы (если это невозможно — с синдрома и др.);
- употреблять в любой рубрике диагноза термины «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения клинико-анатомических форм и поражения конкретных артерий. Только атеросклероз аорты, атеросклероз артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв атеросклеротической аневризмы с кровотечением, атеросклеротическая гангрена конечности и др. — в МКБ-10 имеются соответствующие коды);
- представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и т. д., так как эти органные поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы.

Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы.

Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия), в таких случаях атеросклероз аорты и других артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета наряду с микроангиопатией;

- в любой рубрике диагноза не допускается употреблять некорректные и неточные термины, например, «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», «инфаркт-пневмония» и им подобные;
- употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие), хотя и это нежелательно.

Для более полного анализа и статической разработки в настоящее время выделяют различные виды причин смерти.

Первоначальная причина смерти:

- болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших смерти;
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

В диагнозе она указывается в рубрике основного заболевания, а в медицинском свидетельстве о смерти записывается в пункте № 22 в I части, в самой нижней заполненной строке а), б), в). Предпочтительнее ее указывать в строке б) или в), так как требуется заполнение всей логической последовательности заболеваний и состояний, приведших к смерти. В строке а) основная причина смерти может быть записана только при отсутствии осложнений.

Обстоятельства несчастного случая или акта насилия в медицинском свидетельстве о смерти записывается в пункте № 22 в I части в строке г), заполнение этой строки при внешних причинах смерти обязательно.

Промежуточная причина смерти — промежуточное осложнение основного заболевания, приведшее к развитию смертельного осложнения.

В диагнозе указывается в рубрике осложнений, в медицинском свидетельстве о смерти записывается в случае наличия нескольких осложнений основного заболевания и указывается в пункте № 22 в I части в строке б) в том случае, если строки а) и в) заполнены.

Непосредственная причина смерти — часто это аналог смертельного осложнения:

- смертельное (главное) осложнение, реже — само основное заболевание, непосредственно приведшее к летальному исходу;
- нозологическая единица, синдром или патологическое состояние, развивающееся на заключительном этапе заболевания и определяющее развитие терминального состояния и механизм смерти, но не являющееся самостоятельным элементом механизма танатогенеза.

В диагнозе непосредственная причина смерти указывается в рубрике осложнений, а в медицинском свидетельстве о смерти записывается в пункте № 22 в I части, в самой верхней заполненной строке а).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, если они не имеют самостоятельного танатогенетического значения, в медицинское свидетельство о смерти не выносятся.

Сопутствующие заболевания, как не имеющие отношения к наступившей смерти, в медицинское свидетельство о смерти не выносятся и не кодируются. Вторичные («двойные», уточняющие) диагнозы, или коды со звездочкой, в посмертных диагнозах и при оформлении МСС не используются.

Кроме того, отдельно следует отметить, что отдельная рубрика «причина смерти», традиционно присутствующая в заключительном клиническом диагнозе, не должна выделяться по следующим причинам:

– неизвестно, какая из причин смерти (первоначальная, промежуточная или непосредственная) имеется в виду;

– при летальном исходе в заключительном диагнозе основной диагноз и является первоначальной причиной смерти, а его осложнения — промежуточной и/или непосредственной. То есть заключительный диагноз и есть комплексное суждение врача о причине смерти, выделение каких-либо дополнительных рубрик или подрубрик не имеет смысла;

– ни в одном из действующих нормативных документов нет требования выделять рубрику «причина смерти».

В случае нескольких осложнений должно быть выделено и указана в строке а) одно, явившееся непосредственной причины смерти; о других и о причине выбора именно этого должно быть сказано в посмертном эпикризе.

Глава 2. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ

«Цереброваскулярные болезни» (ЦВБ) или «цереброваскулярные заболевания» (ЦВЗ) — это группа заболеваний головного мозга, обусловленных патологией церебральных сосудов с нарушением мозгового кровообращения. Более развернутое определение ЦВБ (ЦВЗ): группа заболеваний головного мозга, обусловленных патологическими изменениями церебральных и/или прецеребральных артерий, их эмболией (тромбоэмболией, атероэмболией, жировой, воздушной), а также выраженными колебаниями артериального давления с острым или хроническим, локальным или диффузным нарушением мозгового кровообращения. Несмотря на название («церебро-»), в эту группу нередко включают и аналогичные заболевания спинного мозга, хотя корректнее было бы говорить о церебро- и миеловаскулярных заболеваниях.

Патогенетически ЦВБ связаны в основном с атеросклерозом, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, рядом системных заболеваний и выраженными колебаниями артериального давления, приводящими к локальным или диффузным нарушениям мозгового кровотока.

2.1. Классификация цереброваскулярных болезней

Единой международной или отечественной классификации ЦВБ нет. Современная рабочая клиническая классификация ЦВБ предусматривает деление состояний в зависимости от остроты процесса, характера нарушения мозгового кровообращения (ишемическое, геморрагическое) с обязательным учетом патогенетических вариантов ишемического инсульта головного мозга, локализации кровоизлияний и наличием прорыва крови в ликворные пространства.

Современная отечественная клиническая классификация ЦВБ

1. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

А. Преходящие нарушения мозгового кровообращения:

- Транзиторная ишемическая атака (ТИА)
- Острая гипертоническая энцефалопатия (или острые гипертонические цереброваскулярные заболевания)

Б. Инсульты:

- Ишемический инсульт (ишемический инфаркт мозга)
 - атеротромботический патогенетический вариант
 - кардиоэмболический патогенетический вариант
 - лакунарный патогенетический вариант
 - гемодинамический патогенетический вариант
 - по типу гемореологической микроокклюзии
 - другой известной этиологии (при тромбофилиях, васкулитах и др.)
 - неуточненный патогенетический вариант
- Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние)
 - субарахноидальное кровоизлияние
 - внутримозговое кровоизлияние
 - внутрижелудочковое кровоизлияние

В. Тромбоз вен головного мозга и синусов мозговых оболочек.

2. Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ)

А. Начальные проявления недостаточности кровообращения (признается не всеми авторами)

Б. Дисциркуляторная энцефалопатия I, II, III стадии

3. Сосудистая деменция, сосудистый синдром Паркинсона, сосудистая (поздняя) эпилепсия

Классификация ЦВБ, представленная в МКБ-10 в разных классах заболеваний (класс V «Психические расстройства и расстройства поведения», класс VI «Болезни нервной системы» и класс IX «Болезни системы кровообращения»), значительно отличается от отечествен-

ной клинической классификации как по формулировке, так и по диагностическим критериям.

2.2. Цереброваскулярные болезни и их коды по МКБ-10

Класс V «Психические расстройства и расстройства поведения»

- Сосудистая (атеросклеротическая) деменция (F01.0–F01.9) в патологоанатомическом, судебно-медицинском диагнозах и МСС используются только в тех случаях, если этот диагноз при жизни был установлен психиатром.

Класс VI «Болезни нервной системы»

- Сосудистый (атеросклеротический) синдром Паркинсона (G21.4), переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45.0–G45.9) в посмертных диагнозах и МСС не используются.
- Сенильная дегенерация головного мозга, не классифицированная в других рубриках (G31.1), после исключения болезни Альцгеймера (G30) и сосудистой деменции (F01.0–F01.9), диагностированных при жизни психиатром.
- Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (дополнительные вторые коды для рубрик I60–I67; G46.0*–G46.8*) в диагнозах и МСС не используются.

Класс IX «Болезни системы кровообращения»

- Субарахноидальное (нетравматическое) кровоизлияние (I60.1–I60.9)
- Внутримозговое (нетравматическое) кровоизлияние (I61.0–I61.9)
- Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние (I62.0–I62.9)
- Инфаркт мозга (I63.–I63.9)
- Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64), чаще всего является рабочим диагнозом, в патологоанатомическом (судебно-медицинском) диагнозах и МСС не используется.

- Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I65.0–I65.9) — диагноз для сосудистой хирургии, в посмертных диагнозах и МСС не используется.
- Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (I66.0–I66.9) — диагноз для эндоваскулярной и нейрохирургии, в посмертных диагнозах и МСС не используется.
- Другие цереброваскулярные болезни (I67.0–I67.9), включая церебральный атеросклероз (I67.2 — как самостоятельная нозологическая форма и в МСС не используется); гипертензивная энцефалопатия (I67.4 — используется только для обозначения острого состояния при гипертоническом церебральном кризе); другие уточненные поражения сосудов мозга — ишемия мозга (хроническая) (I67.8, устоявшийся синоним отечественного термина «дисциркуляторная энцефалопатия»).
- Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках — дополнительные (вторые) коды (I68.0*–I68.8*), в посмертных диагнозах и МСС не используется.
- Последствия цереброваскулярных болезней (I69.0–I69.8).

2.3. Острые нарушения мозгового кровообращения

2.3.1. Транзиторная ишемическая атака

(коды G45.0–G45.9)

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) — это клиническое групповое понятие, включающее варианты преходящего нарушения мозгового кровообращения (по отечественной классификации) с кратковременным (не превышающим 24 часов) нарушением функций головного мозга в виде очаговой и/или общемозговой симптоматики, клинически сходной с инфарктом мозга, но с последующим полным регрессом симптомов. По современному международному определению ТИА — это преходящие эпизоды неврологической дисфункции, обусловленные региональной ишемией тканей головного мозга, спинного мозга или сетчатки, но не приводящие к развитию инфаркта

ишемизированного участка (по данным нейровизуализации — отсутствие очагов на КТ или МРТ). ТИА не приводит к смерти, поэтому в патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах не используется. ТИА является ОНМК, но не является инсультом. В клиническом диагнозе указывается неврологическая симптоматика в ее максимальном проявлении, даже если сведения об этом только анамнестические.

G45.0 — Синдром вертебробазилярной артериальной системы. Изолированное головокружение и/или головная боль без остро возникшей очаговой неврологической симптоматики (объективно или анамнестически) не является основанием для диагностики данного заболевания.

G45.1 — Синдром сонной артерии (полушарный). Клиническое проявление — преходящий оптикопирамидный синдром. В этом случае должна быть верифицирована причина — патология внутренней сонной артерии. Сюда же относятся транзиторные ишемические атаки ветвей внутренней сонной артерии — средней и передней мозговой артерий.

G45.2 — Множественные и двусторонние синдромы церебральных артерий. Крайне редкая патология.

G45.3 — Преходящая слепота. Монокулярная слепота является чаще всего следствием эмболии глазной артерии (ветвь внутренней сонной артерии); при сочетании с контралатеральным гемипарезом (оптикопирамидный синдром) применяется рубрика G45.1.

G45.4 — Транзиторная глобальная амнезия. Внезапно наступающая тотальная (ретро- и антероградная) амнезия, сопровождающаяся нарушением ориентации во времени и пространстве, регрессирующая в течение нескольких минут или часов (до 1 суток). Возможные причины данного состояния: преходящая двухсторонняя ишемия медиобазальных отделов височных долей (гиппокампов). Не исключаются и иные причины: эпилепсия, мигрень, диссоциативные расстройства, однако их можно диагностировать только при наличии других характерных для них критериев.

G45.8 — Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы. В этих случаях диагностика должна основываться на данных УЗИ или ангиографии. Чаще всего не является самостоятельным заболеванием, является проявлением вазоспазма при субарахноидальном кровоизлиянии.

G45.9 — Транзиторная церебральная ишемическая атака неуточненная. Не является клиническим диагнозом, используется только для статистического учета.

Следующая группа кодов не является самостоятельными нозологическими единицами, они относятся к транзиторным (преходящим) неврологическим синдромам после диагнозов из разделов класса IX «Болезни системы кровообращения», указанных с крестиком (+), это так называемые «коды со звездочкой», которые по сути представляют собой информацию о проявлении заболевания в отдельном органе или системе и используются только при необходимости сбора статистической информации в рамках узкой специальности. Коды со звездочкой при формулировке посмертного диагноза и в МСС не используются.

G46* — Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60–I67+)

G46.0* — Синдром средней мозговой артерии (I66.0+)

G46.1* — Синдром передней мозговой артерии (I66.1+)

G46.2* — Синдром задней мозговой артерии (I66.2+)

G46.3* — Синдром инсульта в стволе головного мозга (I60–I67+)

G46.4* — Синдром мозжечкового инсульта (I60–I67+)

G46.5* — Чисто двигательный лакунарный синдром (I60–I67+)

G46.6* — Чисто чувствительный лакунарный синдром (I60–I67+)

G46.7* — Другие лакунарные синдромы (I60–I67+)

G46.8* — Другие сосудистые синдромы головного мозга при цереброваскулярных болезнях (I60–I67+)

Пример 1

Клинический диагноз

Основное заболевание: G45.1 Транзиторная ишемическая атака в бассейне средней мозговой артерии справа от ... (дата), преходящий левосторонний гемипарез, прозопарез, гемигипостезия слева.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Гипертрофия левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз правой внутренней сонной артерии (степень стеноза 65 %). Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 77 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Дислипидемия. Ожирение III степени. Риск 4.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Миома матки.

Пример 2

Клинический диагноз

Основное заболевание: G45.9 Транзиторная глобальная амнезия от ... (дата).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень АГ. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 71 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Хронический эзофагит, ремиссия.

Пример 3

Клинический диагноз

Основное заболевание: G45.0 Серия транзиторных ишемических атак в вертебробазиллярной системе от ... (дата или даты), преходящий бульбарный синдром и дроп-атаки.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутая степень АГ. Атеросклероз левой позвоночной артерии, степень стеноза до 50 %. Гипоплазия правой позвоночной артерии. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 80 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Липома лобно-височной области справа (1,5 см).

Пример 4

Клинический диагноз

Основное заболевание: G45.0 Транзиторная ишемическая атака в вертебробазиллярной системе от ... (дата), преходящая мозжечковая атаксия, альтернирующий синдром Валленберга–Захарченко.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный гемоглобин менее 7,5 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Нефросклероз. ХБП 3А стадии. СКФ = 52 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Дислипидемия. Ожирение II степени. Риск 4.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Хронический простатит, ремиссия.

Пример 5

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.8+G46.5 Лакунарный инфаркт в бассейне средней мозговой артерии слева от ... (дата), преходящий правосторонний верхний монопарез и прозопарез.*

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный гемоглобин менее 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Нефросклероз. ХБП 3Б стадии. СКФ = 42 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Дислипидемия. Ожирение III степени. Риск 4.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит, ремиссия.

2.3.2. Инсульты

Инсульт (от лат. in-sultare — «в прыжке», «в перевороте», греч. «арорлехία», «ἀποπληξία» — «удар», англ. «stroke» — «удар») — это клиническое групповое понятие, которое может быть представлено

разнообразными патологическими процессами: любым видом инфаркта головного мозга или нетравматической внутримозговой гематомой, а также нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием.

Не рекомендуется термином «инсульт» (групповое клиническое понятие) подменять термин «ишемический инфаркт головного мозга» (нозологическая единица). Термины «инсульт», или «ОНМК», или «ишемический инфаркт головного мозга» с уточнением характера, локализации поражения и других особенностей предпочтительны для использования в заключительном клиническом диагнозе. Собственно говоря, инсульт — это клинический синдром, соответственно, в патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах термины «инсульт» без уточнения или «ОНМК» не используются, необходимо в диагнозе указывать конкретные нозологические единицы. Общим для всех геморрагических инсультов является кровоизлияние (экстравазация крови), а для ишемических — снижение кровообращения в определенной части мозга (снижение перфузии мозговой ткани) ниже критических величин.

2.3.2.1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние)

Субарахноидальные нетравматические кровоизлияния (коды I60.1– I60.9) следует дифференцировать с кровоизлияниями, обусловленными черепно-мозговой травмой, поэтому при формулировке и оформлении диагноза необходимо подчеркнуть нетравматическую природу кровоизлияния. Основная причина спонтанных субарахноидальных кровоизлияний (САК) — разрыв церебральной аневризмы. Если она верифицирована, то ставится соответствующий код в зависимости от источника кровотечения:

I60.0 — Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации

I60.1 — Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии

I60.2 — Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии

I60.3 — Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии

I60.4 — Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии

I60.5 — Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии

I60.6 — Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий.

Если есть основания считать, что кровоизлияние произошло из аневризмы, но ее локализация не уточнена, используется код I60.7 — Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненное. Для кодирования диагноза «Субарахноидальное кровоизлияние из артериовенозных мальформаций» (АВМ) используется код I60.8 (другое субарахноидальное кровоизлияние). К таким же случаям могут относиться иные причины спонтанных подбололочечных кровоизлияний: гемофилия, прорыв внутримозговых гематом, артериальные диссекции и венозные тромбозы, однако в этих случаях код I60.8 является дополнительным, а первым кодируется основное заболевание. Код I60.9 (субарахноидальное кровоизлияние неуточненное) используется для учета так называемого «первичного» спонтанного кровоизлияния, когда его причину не удастся обнаружить даже при адекватном обследовании, но чаще — при неуточненных источниках субарахноидального кровоизлияния (например, при типичной клинике проведена только диагностическая люмбальная пункция, подтвердившая наличие крови в ликворе, но не проводилась нейровизуализация).

В диагнозе нетравматического САК указывается степень тяжести (общемозговая симптоматика и неврологический дефицит) пациента по классификации Ханта–Хесса (Hunt, Hess, 1968, 1974), которая необходима для выбора тактики лечения пациента и определения прогноза:

- 1 степень — сознание ясное, легкая головная боль и менингеальные симптомы без очаговых выпадений;
- 2 степень — сознание ясное, головная боль умеренная или выраженная, умеренные менингеальные симптомы, нет неврологических нарушений, кроме поражения черепных нервов;

- 3 степень — оглушение или спутанность сознания, умеренные неврологические симптомы;
- 4 степень — сопор, гемипарез от умеренного до выраженного, которые обычно свидетельствует об осложнении (ангиоспазм) или мозговой гематоме, возможна ранняя децеребрационная ригидность, вегетативные нарушения, признаки повышения внутричерепного давления;
- 5 степень — глубокая кома, децеребрационная ригидность, признаки выраженного повышения внутричерепного давления.

При наличии системной соматической патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, стенозирующий атеросклероз сонных артерий, ХОБЛ), а также в случае выявленных при проведении УЗДГ или ангиографии признаков вазоспазма степень тяжести отягощается на 1.

Пример 6

Клинический диагноз

Основное заболевание: I60.1 Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние от ... (дата), IV степени тяжести по Hunt–Hess. Разрыв мешотчатой аневризмы средней мозговой артерии. Сопор.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии с преимущественным поражением сердца, степень АГ 2. Гипертрофия левого желудочка.

Осложнения: -----

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит, ремиссия.

Пример 7

Клинический диагноз

Основное заболевание: I60.2 Субарахноидальное кровоизлияние от ... (дата), V степени тяжести по Hunt–Hess. Разрыв аневризмы передней соединительной артерии. Кластер симптоматических билатеральных судорожных приступов от ... (дата). Операция: эндоваскулярная эмболизация полости аневризмы с помощью микроспиралей от ... (дата).

Фоновые заболевания: Симптоматическая артериальная гипертензия III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии ремиссии. Нефропатия. ХБП 4 стадии. СКФ = 22 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Кома.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Множественная миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Субарахноидальное кровоизлияние в области лобных долей больших полушарий головного мозга ... (объем крови), от ... (дата). Разрыв аневризмы передней соединительной артерии. Степень тяжести V по Hunt–Hess, кластер симптоматических билатеральных судорожных приступов. Кома (по клиническим данным). Операция: эндоваскулярная эмболизация полости аневризмы с помощью микроспиралей от ... (дата).

Фоновые заболевания: Почечная артериальная гипертензия. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии ремиссии. Пиелонефритический нефросклероз. ХБП 4 стадии. СКФ = 22 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (масса сердца 420 г, толщина миокарда левого желудочка — 1,8 см, правого — 0,2 см).

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Кома.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Множественная миома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	20 часов	G	9	3	.	6
	б) Кровоизлияние субарахноидальное из передней соединительной артерии (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	24 часа	I	6	0	.	2
	в) (первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Гипертензия вторичная вследствие реноваскулярных расстройств	5 лет	I	1	5	.	0

Пример 8

Клинический диагноз

Основное заболевание: I60.4 Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние от ... (дата) с прорывом крови в желудочки мозга, V степени тяжести по Hunt–Hess. Разрыв фузиформной аневризмы базилярной артерии. Острая окклюзионная гидроцефалия, мозговая кома. Операция: дренирование желудочков по Аренту справа от ... (дата).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 68 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Дислипидемия. Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Аденома предстательной железы. Избыточная масса тела.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Субарахноидальное кровоизлияние в белое вещество ствола головного мозга ... (объем крови), от ... (дата). Разрыв фузиформной аневризмы базилярной артерии. Степень тяжести V по Hunt–Hess (по клиническим данным). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (стеноз 50 %).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек: гипертрофия левого желудочка (масса сердца 430 г, толщина миокарда — 1,9 см). Нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 68 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Прорыв крови в полости правого бокового, третьего и четвертого желудочков головного мозга. Острая окклюзионная гидроцефалия. Кома. Операция: дренирование желудочков по Арндту справа от ... (дата). Выраженный отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Аденоматозная форма гиперплазии предстательной железы. Избыточная масса тела.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	20 часов	G	9	3	.	6
	б) Кровоизлияние внутримозговое внутрижелудочковое (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	24 часа	I	6	1	.	5
	в) Кровоизлияние субарахноидальное из базилярной артерии (первоначальная причина смерти указывается последней)	48 часов	I	6	0	:	4
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Болезнь гипертоническая	10 лет	I	1	0		

Пример 9

Клинический диагноз

Основное заболевание: I60.8 Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние от ... (дата), II степени тяжести по Hunt–Hess. Разрыв конвексимальной артериовенозной мальформации височно-теменной области левого полушария. Умеренный гемипарез справа, сенсорная афазия. Операция: эндоваскулярная эмболизация афферентной ветви левой задней мозговой артерии от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит умеренной степени активности.

Внутричерепные нетравматические кровоизлияния или геморрагические инсульты (коды I61.0–I61.9) подразделяют на собственно внутричерепные или паренхиматозные (обычно гипертензионные), субарахноидальные (чаще аневризматические со своей кодировкой в рубрике I60), внутрижелудочковые, смешанные (паренхиматозные и субарахноидальные, чаще при артериовенозных пороках развития). Крайне редко возникают нетравматические суб- и эпидуральные кровоизлияния. Внутричерепные нетравматические кровоизлияния представлены гематомами и значимо реже первичной геморрагической инфильтрацией (геморрагическое пропитывание по типу диапедеза, например, при острой гипертензионной энцефалопатии на фоне тяжелого гипертензионного криза). Гематомы классифицируют на массивные, возникающие в результате разрыва относительно крупных артерий головного мозга, и микрогематомы, возникновение которых может быть обусловлено разрывом мелких ветвей мозговых артерий. По локализации гематомы делят на супратенториальные (коды I61.0–I61.1) и субтенториальные (в ствол мозга — код I61.3, в мозжечок — код I61.4). Супратенториальные гематомы подразделяются на латеральные, медиальные (по отношению к внутренней капсуле), гематомы множественной локализации (код I61.6). Наиболее частая локализация глубоких гематом вследствие артериальной гипертензии — это область скорлупы (подкорково-капсулярное или путаменальное кровоизлияние). Выделяют гематомы, локализующиеся в белом веществе полушарий головного мозга — лобарные (код I61.0), их причиной часто являются АВМ, амилоидная ангиопатия или кавернозная ангиома. Кровоизлияния при церебральной амилоидной ангиопатии возникают вследствие отложения в стенке сосудов среднего и мелкого калибра коры головного мозга и его оболочек (пиальных сосудов) амилоидогенных пептидов, соответствующих по структуре пептидам при болезни Альцгеймера. При церебральной амилоидной ангиопатии кровоизлияния развиваются в основном в сером веществе коры больших полушарий мозга (код I61.1).

Внутричерепное кровоизлияние неуточненное диагностируется в тех случаях, при которых не удается установить локализацию кровоизлияния в пределах полушария более точно из-за его крупных размеров и вторичной дислокации мозговых структур (код I61.2).

Первичные внутрижелудочковые кровоизлияния (код I61.5) вызываются кровотечением из сосудистых сплетений боковых желудочков или из герминального матрикса (у недоношенных детей).

Внутричерепное кровоизлияние множественной локализации (код I61.6) является чаще всего следствием гемофилии (в том числе ятрогенной — медикаментозной), геморрагического диатеза или инфекционных состояний, то есть является вторичным по отношению к этим заболеваниям.

Внутричерепное кровоизлияние другой локализации (код I61.8) — это кровоизлияние в гипофиз и геморрагическая трансформация ишемического инфаркта. В последнем случае правильным будет код ишемического инсульта.

Внутричерепное кровоизлияние неуточненной локализации (код I61.9) устанавливается только в случае отсутствия достаточных данных для развернутого клинического диагноза, для патологоанатомического не применяется.

Пример 10

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.0 Геморрагический инсульт по типу спонтанного гипертонического кровоизлияния в область внутренней капсулы слева от ... (дата), правосторонний глубокий гемипарез, сенсорная афазия, с прорывом крови в желудочки от ... (дата). Кома.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 63 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): непрямой массаж сердца, ИВЛ, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Субсерозная миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Внутримозговое нетравматическое кровоизлияние в белое и серое вещество в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга по типу гематомы (120 мл), от ... (дата). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (стеноз просветов артерий до 60 %).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек, гипертрофия левого желудочка (масса сердца 420 г, толщина миокарда — 1,9 см), нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 63 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Прорыв крови в полости левого бокового и третьего желудочков головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): непрямой массаж сердца, ИВЛ, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Субсерозная лейомиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ					
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	менее 24 часов	G	9	3	.	6	
	б) Кровоизлияние внутримозговое внутрижелудочковое (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	24 часа	I	6	1	.	5	
	в) Кровоизлияние внутримозговое в полушарие субкортикальное	более 48 часов	I	6	1	:	0	

	(первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Болезнь гипертоническая	10 лет	I	1	0		

Пример 11

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.1 Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правую затылочную долю вследствие разрыва АВМ от ... (дата), левосторонняя гомонимная гемианопсия. Операция: эндоваскулярная эмболизация афферентов с помощью микроспиралей от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): непрямой массаж сердца, ИВЛ, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит, ремиссия.

Пример 12

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.2 Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в правое полушарие головного мозга с прорывом крови в желудочковую систему и субарахноидальное пространство от ... (дата), мозговая кома. Операция: наружное дренирование правого бокового желудочка по Аренту от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, гликированный гемоглобин менее 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Нефросклероз. ХБП 3Б стадии. СКФ = 42 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Дислипидемия. Ожирение III степени. Риск 4.

Осложнения: Острая окклюзионная гидроцефалия. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от... (дата, время): непрямой массаж сердца, ИВЛ, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Внутримозговое нетравматическое кровоизлияние в белое вещество теменно-височной области правого полушария головного мозга по типу гематомы (100 мл), ... (дата). Атеросклероз церебральных артерий (3-я степень, III стадия, стеноз просвета артерий до 50 %).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 490 г, толщина стенки левого желудочка 2,1 см, правого — 0,5 см). Сахарный диабет 2 типа, гликированный гемоглобин менее 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Нефросклероз. ХБП 3Б стадии. СКФ = 42 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Ожирение III степени.

Осложнения: Прорыв крови в полости боковых и третьего желудочков головного мозга. Операция: наружное дренирование правого бокового желудочка по Арендту от ... (дата). Отек головного мозга с дислокацией и вклинением ствола мозга и миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, ИВЛ, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Субмукозная лейомиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к	менее 24 часов	G	9	3	.	6

	смерти)						
	б) Кровоизлияние внутри-мозговое внутрижелудочковое (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	24 часа	I	6	1	.	5
	в) Кровоизлияние внутри-мозговое в полушарие (первоначальная причина смерти указывается последней)	48 часов	I	6	1	:	2
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Гипертензивная болезнь сердечно-сосудистая с сердечной недостаточностью	15 лет	I	1	1	.	0
	Диабет сахарный с другими уточненными осложнениями	15 лет	E	1	4	.	6
	Ожирение	20 лет	E	6	6	.	9

Пример 13

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.3 Геморрагический инсульт по типу кровоизлияния в мост от ... (дата), мозговая кома с выходом в персистирующий вегетативный статус.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 86 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга. Центральная задержка мочи. Хроническое катюленосительство. Пролежень в области крестца III степени.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит, ремиссия.

Пример 14

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.4 Геморрагический инсульт с кровоизлиянием в левую гемисферу мозжечка от ... (дата), мозговая кома. Операция: декомпрессивная трепанация задней черепной ямки, установка паренхиматозного датчика ВЧД от ... (дата).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Нефропатия гипертензивная. ХБП 2 стадии. СКФ = 71 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга. Аспирационная пневмония полисегментарная справа от ... (дата), тяжелого течения. Пролежни крестца и левой пяточной области II степени.

Сопутствующие заболевания: Хронический простатит.

Пример 15

Клинический диагноз

Основное заболевание: I61.5 Геморрагический инсульт по типу кровоизлияния в боковые желудочки головного мозга от ... (дата), мозговая кома. Операция: дренирование правого бокового желудочка по Арендту, установка вентрикулярного датчика ВЧД от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Гипертензивная нефропатия. ХБП 3Б стадии. СКФ = 35 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Ожирение III степени. Риск 4.

Осложнения: Острая тампонада желудочков, окклюзионная гидроцефалия. Отек головного мозга. Двусторонняя полисегментарная нижнедолевая пневмония от ... (дата), неуточненной этиологии, тяжелое течение. Полиорганная недостаточность (почечная, сердечная, дыхательная).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит без признаков обострения.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга от ... (дата). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз просвета артерий до 50 %).

Операция: дренирование правого бокового желудочка по Арндту, установка вентрикулярного датчика ВЧД от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда – 2 см, масса сердца 480 г).

Нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефросклероз).

ХБП 3Б стадии. СКФ = 35 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Ожирение III степени. Риск 4.

*Осложнения: Острая тампонада желудочков, окклюзионная гидроцефалия (по клиническим данным). Отек головного мозга. Двусторонняя полисегментарная нижнедолевая фибринозно-гнойная пневмония от ... (дата), тяжелого течения, смешанной аспирационной и бактериальной этиологии (результат бактериологического исследования фрагмента ткани нижней доли правого легкого № ... от ... — обильный рост *Klebsiella pneumoniae*). Острый гнойный бронхит. Инфекционно-токсический шок. Полиорганная недостаточность.*

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующее заболевание: Хронический холецистит без признаков обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Шок уточненный (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	менее 1 суток	R	5	7	.	8
	б) Пневмония долевая, вызванная <i>Klebsiella pneu-</i>	5 суток	J	1	5	.	0

	moniae (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)						
	в) Кровоизлияние внутримозговое внутрижелудочковое (первоначальная причина смерти указывается последней)	7 суток	<u>I</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	:	<u>5</u>
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Болезнь гипертоническая	25 лет	I	1	0		
	Ожирение	30 лет	E	6	6	.	9

Другое внутричерепное кровоизлияние (коды I62.0–I62.9)

Понятия острое нетравматическое субдуральное (код I62.0) и эпидуральное (код I62.1) кровоизлияния могут использоваться как при остром и подостром, так и хроническом (в стадии лизиса крови) подоболочечном кровоизлиянии. Самостоятельно встречается крайне редко, является либо результатом своевременно не диагностированной травмы, либо следствием повышенной кровоточивости, когда даже незначительные внешние воздействия могут спровоцировать спонтанное скопление крови под оболочками мозга. В любом случае основным заболеванием здесь будет то состояние, которое вызвало кровоизлияние (травма, гемофилия, в том числе медикаментозная), а само кровоизлияние будет являться его осложнением.

Пример 16

Клинический диагноз

Основное заболевание: D68.0 Гемофилия А (дефицит FVIII), наследственная тяжелая форма (активность FVIII/FIX < 1 %).

Осложнения: I62.0 Спонтанное субдуральное кровоизлияние с формированием гематомы правой лобно-височной области от ... (дата), умеренный левосторонний гемипарез, впервые возникший судорожный синдром в виде фокальных моторных приступов с вторичной генерализацией от ... (дата). Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: K29.5 Хронический эрозивный гастрит вне обострения.

2.3.2.2. Ишемический инсульт (ишемический инфаркт головного мозга) (коды I63.0–I63.9)

Ишемический инсульт — это клиническое выражение инфаркта мозга, а инфаркт мозга представляет собой морфологический субстрат ишемического инсульта, но при локализации в «клинически немой зоне» он может быть асимптомным и не сопровождаться клиникой инсульта («скрытый» или «немой» инфаркт). Асимптомный инфаркт мозга, выявленный случайно только с помощью КТ или МРТ, не имеющий клиники инсульта и не потребовавший оказания медицинской помощи, может кодироваться в подрубрике R90.8 (другие отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования центральной нервной системы). В случае госпитализации в профильное отделение при выявлении этих субклинических очагов в диагнозе допустима формулировка «ишемический инсульт без клинических проявлений».

Инфаркт головного мозга — это очаг ишемического некроза вещества головного мозга. Патологоанатомы выделяют ишемический, геморрагический и смешанный виды инфарктов головного мозга. Современным клиническим термином, соответствующим геморрагическому и смешанному инфарктам, является «геморрагическая трансформация» очага ишемического поражения головного мозга, которая может быть, как симптомной, так и асимптомной. Геморрагическая трансформация очага ишемического поражения считается симптомной, если ее развитие приводит к увеличению суммарного балла по шкале инсульта NIHSS (шкала тяжести неврологического дефицита

— National Institutes of Health Stroke Scale) на 4 и более баллов. Геморрагические трансформации по критериям ECASS-II (European Australasian Cooperative Acute Stroke Study Group) подразделяют на:

- геморрагические инфаркты 1 типа — небольшие петехиальные кровоизлияния по периметру зоны ишемии;
- геморрагические инфаркты 2 типа — сливные петехиальные кровоизлияния внутри зоны ишемии;
- паренхиматозные гематомы 1 типа — гематомы с небольшим масс-эффектом, занимающие не более 30 % объема очага ишемии;
- паренхиматозные гематомы 2 типа — гематомы, занимающие более 30 % объема ишемического очага со значительным масс-эффектом (в эту группу также относится любое кровоизлияние вне очага инфаркта, включая поражение другого сосудистого бассейна).

В заключительном клиническом диагнозе целесообразно использование клинического термина «ишемический инсульт с геморрагической трансформацией ... типа», но в патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах указывается вариант инфаркта головного мозга (ишемический, геморрагический, смешанный). По величине инфаркты головного мозга делят на:

- обширные, распространяющиеся на всю систему внутренних сонных артерий или систему интракраниального отдела позвоночной и базилярной артерий;
- большие, распространяющиеся на весь бассейн одной из мозговых или крупных ветвей позвоночных и базилярной артерий;
- средние, возникшие в пределах бассейна отдельных ветвей этих артерий;
- малые глубинные (лакунарные), возникающие в бассейнах стенозированных или облитерированных интрацеребральных артерий и их ветвей чаще всего при артериальной гипертензии. Малые лакунарные инфаркты имеют величину в пределах 1,5 см, локализуются в глубоких отделах полушарий, моста мозга и мозжечка;

- малые поверхностные, локализуются в коре головного мозга или мозжечка, преимущественно в зонах смежного кровоснабжения. Имеют такую же величину, как малые лакунарные инфаркты (иногда они распространяются на субкортикальное белое вещество и, сливаясь между собой, формируют картину гранулярной атрофии коры полушарий головного мозга).

Обязательное условие для клинической диагностики инсульта: локализация и размеры инфаркта мозга, выявленного по данным КТ или МРТ, должны соответствовать клинике и пораженному сосуду. В случае несоответствия в диагноз инсульта одновременно выносятся сосудистый бассейн, соответствующий клинике неврологического дефицита, и выявленный инфаркт мозга без клинических проявлений; указывается дата начала инсульта с клиническими проявлениями, дата инсульта без клиники указывается неуточненной. В диагнозе обязательным является указание на определенный артериальный «бассейн» или «систему». «Бассейн» и «система» не являются тождественными понятиями. Термин «бассейн» используется, если вовлечена одна артерия (например, «бассейн задней мозговой артерии»), а термин «система» — если задействованы несколько артерий из одной системы (например, очаг ишемии находится на стыке бассейнов передней и средней мозговых артерий при гемодинамическом подтипе инфаркта — «система внутренней сонной артерии»), или при невозможности точно определить заинтересованный сосуд (например, «в вертебробазилярной системе»).

Патогенетическая классификация ишемических инсультов

Международные клинические критерии TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) приведены ниже для каждого из подтипов ишемического инсульта.

Атеротромботический инсульт (инфаркт) (код I63.3) возникает при осложненной нестабильной атеросклеротической бляшке церебральных или прецеребральных артерий с наличием явлений окклюзии или пристеночного тромбоза. Возможна артерио-артериальная тромбоэм-

боли или эмболия атероматозными массами, такие инсульты указываются в диагнозе как самостоятельные нозологические единицы (основное или коморбидные заболевания).

Критерии TOAST для этого подтипа:

- клинические признаки поражения корковых функций, ствола головного мозга или мозжечка;
- наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак в том же сосудистом бассейне, перемежающейся хромоты, шума при аускультации сонных артерий, снижения их пульсации;
- при КТ или МРТ исследовании головного мозга выявляются очаги ишемического поражения корковой или подкорковой локализации более 1,5 см в диаметре;
- при выполнении ультразвуковых методов исследования или ангиографии должны быть выявлены стенозы соответствующих очагу экстра- или интракраниальных артерий более 50 %;
- при диагностических обследованиях полностью исключена возможность кардиогенной эмболии (ЭхоКГ).

Кардиоэмболический инсульт (инфаркт) (код I63.4) возникает при полной или частичной закупорке тромбоэмболом артерии мозга. При этом варианте инфаркта источником тромбоэмболов являются ушко и/или полость левого предсердия (наиболее часто при любой форме фибрилляции предсердий). При иных источниках тромбообразования в левых отделах сердца (при клапанных пороках сердца, разных видах эндокардитов и т. п.) инсульт расценивается как их осложнение.

Критерии TOAST для этого подтипа:

- для постановки диагноза «возможный или вероятный кардиоэмболический инсульт» необходима идентификация хотя бы одного сердечного источника эмболии;
- клинические проявления и результаты исследований мозга при этом такие же, как и при атеротромботическом инсульте;
- клинический диагноз кардиоэмболического инсульта подтверждают наличие в анамнезе ТИА или инсульта в более чем в одном сосудистом бассейне;

- необходимо исключить другие возможные источники тромбоза или эмболии, связанные с атеросклерозом крупных артерий;
- достоверный диагноз кардиоэмболического инсульта может быть поставлен только на основании данных Эхо-КГ. При отсутствии возможности для подобной верификации, данный диагноз можно считать сомнительным, а в диагнозе более корректно отмечать как инсульт неизвестной этиологии.

Код I63.5 («Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий») используется в том случае, когда клиническая картина ишемического инсульта развивается с постепенным нарастанием (в течение часов) неврологической симптоматики («по тромботическому типу»), однако инструментальные исследования, уточняющие характер и точную локализацию поражения мозговых артерий, не проводились.

Лакунарный инсульт (инфаркт) (код I63.8 — «Другой инфаркт мозга») обусловлен поражением небольших перфорирующих артерий, чаще при артериальной гипертензии и/или сахарном диабете. Лакунарные инфаркты локализуются в подкорковых структурах (подкорковые ядра, внутренняя капсула, белое вещество семиовального центра, основание моста), обычно размеры очагов не превышают 1,5 см в максимальном измерении. Такие инсульты могут квалифицироваться и как самостоятельные нозологические единицы, и как проявления системного сосудистого заболевания (в случае выявления «клинически немых» инфарктов неизвестной давности).

Критерии TOAST для этого подтипа:

- характерны классические клинические проявления лакунарных синдромов и должны отсутствовать признаки поражения коры больших полушарий;
- клинический диагноз подтверждает наличие в анамнезе сахарного диабета и/или артериальной гипертензии;
- при КТ или МРТ исследовании головного мозга может быть обнаружен очаг поражения ствола мозга или субкортикальный

инфаркт в одном полушарии диаметром менее 1,5 см, в ряде случаев отклонений от нормы может быть не обнаружено ;

- должны отсутствовать потенциальные сердечные источники эмболии и при обследовании крупных внечерепных артерий не должен быть обнаружен стеноз ипсилатеральной артерии, превышающий 50 %.

Гемодинамический инсульт (код I63.8 — «Другой инфаркт мозга»). Гемодинамически значимое снижение кровотока в артериях головного мозга возникает при их стенозе их просветов более чем на 50–75 %, особенно при эшелонированном и двухстороннем стенозе. Структура бляшки при этом может быть однородной, а ее покрывка ровной, гладкой и неизъязвленной. Этот же подтип ишемии вызывают сосудистые аномалии экстра- и интракраниальных сосудов, а также снижение системной гемодинамики. В этих случаях инсульт является осложнением этих заболеваний или процессов, их вызвавших. По критериям TOAST относится к группе инсультов дугой известной этиологии. Критерии TOAST для этого подтипа:

- начало внезапное или ступенеобразное;
- наличие патологии экстра- и/или интракраниальных артерий: атеросклеротическое поражение (множественное, комбинированное, эшелонированный стеноз), деформации артерий с септальными стенозами, аномалии (варианты развития) сосудистой системы мозга (разобщение Виллизиева круга, гипоплазия артерий);
- гемодинамический фактор: снижение (в том числе ятрогенное) АД, уменьшение минутного объема сердечного выброса (шок, кардиогенные причины);
- очаги ишемии любых размеров, часто двухсторонние, в зонах смежного кровоснабжения (корковые и глубокие).

Инсульт по типу гемореологической микроокклюзии (код I63.8 — «Другой инфаркт мозга»). Этот подтип возникает из-за блокады микроциркуляторного русла вследствие повышения вязкости крови. По

критериям TOAST также относится к группе инсультов дугой известной этиологии.

Критерии TOAST для этого подтипа:

- отсутствие или минимальная выраженность сосудистой патологии (атеросклероза, гипертонической болезни, кардиальной патологии);
- отсутствие гематологической патологии (эритремия, коагулопатии, антифосфолипидный синдром и др.; в этом случае инсульт является осложнением гематологического заболевания);
- наличие выраженных гемореологических изменений (повышение гематокрита, фибриногена, агрегации тромбоцитов, числа и агрегации эритроцитов, вязкости крови);
- выраженная диссоциация между клинической картиной (умеренный неврологический дефицит, небольшой очаг) со значительными гемореологическими расстройствами;
- течение заболевания по типу «малого инсульта», отсутствие общемозговой симптоматики.

Инсульт (инфаркт) другой известной этиологии (код I63.8 — «Другой инфаркт мозга») развивается вследствие разнообразных причин, таких, например, как васкулиты, тромбофилии, диссекции сосудов, мигрень и т. д. В диагнозе такие инфаркты являются проявлением или осложнением различных заболеваний, так как не представляют собой самостоятельную нозологическую единицу.

К этому же подтипу относятся гемодинамический и гемореологический подтипы, которые по отечественной классификации являются самостоятельными подтипами.

Критерии TOAST для этого подтипа:

- наличие у пациента редких причин, таких как неатеросклеротические васкулопатии, гиперкоагуляция крови, гематологические заболевания;
- КТ или МРТ-признаки инфаркта мозга любого размера и в любой области мозга;

- при диагностических обследованиях должна быть выявлена одна из вышеперечисленных причин инсульта.

Неуточненный инсульт (инфаркт) (код I63.8 — «Другой инфаркт мозга») диагностируют при неустановленной причине его развития или при наличии двух и более причин (например, стеноз соответствующей артерии головного мозга более 50 % и фибрилляция предсердий). Если эти причины – стеноз и/или эмболия, возможно кодирование I63.5 — «Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий», если больше двух или две, но одна из них иная, код будет I63.8.

Критерии TOAST для этого подтипа:

- причина ишемического инсульта остается неизвестной после необходимого набора обследований;
- наличие двух и более потенциальных причин инсульта.

Коды I63.0 и I63.1 — «Инфаркт мозга, вызванный тромбозом и эмболией прецеребральных артерий», выставляются в случае, если диагноз подтвержден данными ультразвукового исследования, церебральной КТ- или МР-ангиографии, которые выявили тромбоз или эмболию внутренней сонной, общей сонной, безымянной или подключичной артерии. Локализация (сторона) должна соответствовать пораженному сосуду, но размеры инфаркта даже при полной окклюзии артерии могут быть разными, это зависит от преморбидного состояния (прекондиционирование), индивидуального строения сосудистой системы мозга (полноценность Виллизиева круга, развитость коллатералей).

Подрубрика I63.2 используется в том случае, когда зафиксирован факт поражения экстракраниальных артерий, но не удалось уточнить его характер — тромбоз или эмболия.

В клиническом диагнозе код I63.5 — «Инфаркт мозга, вызванный тромбозом и эмболией прецеребральных артерий» — можно применять только в тех случаях, когда есть клинические и инструментальные данные как за эмболию, так и за тромбоз (например, стенозирующий атеросклероз сонных артерий с эмбологенными бляш-

ками и фибрилляция предсердий). Этот код не рекомендуется употреблять в патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозах, поскольку это скорее будет указывать на неполноценное и недостаточно квалифицированно проведенное вскрытие. При ЦВБ во время вскрытия является обязательным исследование основных церебральных артерий (внутренней и общей сонной, позвоночных артерий) с указанием тяжести их поражения атеросклеротическим процессом или наличие эмбола, а код I63.5 подразумевает отсутствие данных по исследованию этих сосудов.

Код I63.9 («Ишемический инфаркт мозга неуточненный») используется для статистического учета неуточненных случаев инфаркта мозга, когда есть убедительные данные о наличии ишемического инсульта, а детальное обследование по выявлению его причин отсутствует.

Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен головного мозга и/или синусов мозговых оболочек, или венозный инсульт (код I63.6) — довольно редкое заболевание, в основе которого чаще всего лежит патология коагуляционного гемостаза.

Клинические симптомы церебрального венозотромбоза:

- общемозговые симптомы: повышение ВЧД, нарушение венозного оттока;
- фокальные симптомы: повреждение вещества мозга (ишемия, геморрагия), эпилептический синдром, частое двустороннее поражение;
- начало, как правило, подострое (от 48 часов до нескольких дней);
- регресс симптоматики быстрый и прогноз для жизни, как правило, благоприятный.

Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (код I64). Данная подрубрика применяется в том случае, когда на основании клинических данных не удалось определить характер инсульта (не проводилась нейровизуализация). Тем не менее, в таких случаях в развернутом диагнозе следует указать дату его возникновения,

неврологические синдромы и/или при наличии — уровень угнетения сознания. Может быть использован на догоспитальном этапе или в непрофильных медицинских организациях как рабочий диагноз (в случае перевода в специализированное учреждение), как окончательный может использоваться только в исключительных случаях. Не применим для патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов.

Повторные острые формы цереброваскулярных болезней, определяемые как основные состояния, диагностированные в течение эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно, независимо от продолжительности госпитализации), всегда регистрируются как острые впервые выявленные заболевания. Если повторное острое нарушение мозгового кровообращения произошло в пределах 30 суток, это расценивается как один сосудистый эпизод, даже если сначала зафиксирована одна форма, а позже другая. В диагноз выносятся все даты, типы и подтипы инсультов и клинические синдромы (для каждого в отдельности). Если у одного и того же пациента было выявлено несколько острых форм, возникших позднее 30 суток после первого, то все они регистрируются как повторные острые формы. Является ли инсульт первичным или повторным, на кодировку заболевания не влияет — коды по МКБ-10 выбираются одни и те же.

Если пациент лечился амбулаторно или поступил в стационар с диагнозом одной из острых форм цереброваскулярных болезней в течение 30 суток от ее начала, то в пределах данного эпизода оказания медицинской помощи, независимо от продолжительности госпитализации, регистрируют острую форму цереброваскулярных болезней. Если диагноз был поставлен позже 30 суток от начала заболевания, то регистрация производится по одной из хронических форм, классифицированных в рубрике I67 или состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не по последствиям цереброваскулярных болезней (рубрика I69). Если в пределах 30 суток закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируют уже хроническую форму, классифицированную в

рубрике I67 или одно из состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств.

Первые 5 суток инсульта определяются как острейший период. Острый период рассматривается на протяжении 28 суток (по другим данным — до 21 или 30 суток), ранний восстановительный период — срок до 6 месяцев, поздний восстановительный период — срок до 2 лет (по другим данным — до 1 года).

2.3.3. Общие принципы формулировки клинического диагноза ОНМК

В основном диагнозе ОНМК должны быть обозначены:

- его тип (ишемический, геморрагический, ишемический с геморрагической трансформацией, неуточненный);
- дата (или даты, если в течение 30 суток произошел повторный эпизод, каждая должна быть описана со своей симптоматикой);
- повторный (в случае, если он произошел более чем через 30 суток после первого);
- патогенетический подтип для ишемического инсульта;
- наличие разрыва аневризмы или АВМ, прорыва крови в ликворные пространства для геморрагического инсульта;
- бассейн или система для ишемического инфаркта, локализация для геморрагического инсульта;
- неврологический дефицит в его максимальном проявлении (кома в случае ее наличия также указывается как проявление инсульта в посмертном диагнозе, в клиническом диагнозе при выписке — только очаговый неврологический дефицит или синдром малого сознания);
- оперативные вмешательства при инсульте (как открытые, так и эндоваскулярные) и реканализационные методики лечения при ишемическом инсульте (системная или селективная тромболитическая терапия, тромбоэкстракции и тромбоаспирации) с датой их проведения;

- в рубрике фоновых заболеваний первым при ишемическом инсульте учитывается то заболевание, которое в соответствии с подтипом привело к формированию ишемического очага.

Пример 17

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.0 Ишемический инсульт в системе внутренней сонной артерии слева от ... (дата), атеротромботический подтип, правосторонняя гемиплегия, сенсомоторная афазия. Операция: Механическая тромбоэкстракция от ... (дата). Геморрагическая трансформация очага от ... (дата). Операция: Декомпрессивная гемикраниэктомия слева от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Дислипидемия. Атеросклероз сонных артерий с окклюзией левой внутренней сонной артерии. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 75 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения ФК III, НК IIА.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Ишемический инфаркт (атеротромботический) в белом веществе лобной, теменной и височной долей, подкорковых ядрах и таламусе левого полушария головного мозга (размеры очага некроза, дата развития). Стенозирующий атеросклероз сонных артерий с окклюзией левой внутренней сонной артерии (наличие нестабильной атеросклеротической бляшки с явлениями тромбоза, обтурирующий тромб длиной 4 см левой внутренней сонной артерии). Операции: Механическая тромбоэкстракция от ... (дата). Декомпрессивная гемикраниэктомия слева от ... (дата).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка, эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 460 г, толщина миокарда левого желудочка — 2,2 см, правого желудочка — 0,3 см). Нефропатия гипертензивная (артериологломеруло-нефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 75 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата). Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка. Сопутствующие заболевания: ИБС, стабильная стенокардия (по клиническим данным). Мелкоочаговый кардиосклероз, периваскулярный умеренно выраженный фиброз. Атеросклероз коронарных артерий (2-я степень, III стадия, стеноз просвета передней нисходящей ветви левой коронарной артерии до 50 %). Субсерозная лейомиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	менее 3 суток	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом прецеребральных артерий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	3 суток	I	6	3	:	0
	в) (первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						

II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)				
	Болезнь гипертоническая	20 лет	I	1	0

Пример 18

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.3 Ишемический инсульт в системе средней мозговой артерии слева, атеротромботический подтип, от ... (дата), правосторонняя гемиплегия, сенсомоторная афазия.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Дислипидемия. Атеросклероз сонных артерий с окклюзией левой внутренней сонной артерии. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 83 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Ожирение II степени. Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Полип прямой кишки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Ишемический инфаркт (атеротромботический) в белом веществе лобной и теменной долей, подкорковых ядрах левого полушария головного мозга ... (размеры очага некроза), от ... (дата). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (наличие атеросклеротических бляшек V типа с явлениями выраженного кальциноза, стеноз просвета сосудов до 75%).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка, (масса сердца 460 г, толщина миокарда левого желудочка — 2 см, правого желудочка — 0,4 см). Нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 83 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Ожирение II степени. Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Гиперпластический полип прямой кишки.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	5 суток	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	6 суток	I	6	3	:	3
	в) (первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Болезнь гипертоническая	18 лет	I	1	0		
	Ожирение	20 лет	E	6	6	.	9

Пример 19

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.4 Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии справа, кардиоэмболический подтип, от ...

(дата). Левосторонний гемипарез средней степени выраженности, левосторонняя гемигипостезия.

Фоновые заболевания: ИБС, постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН IIА. Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Гипертрофия левого желудочка. Нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 89 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца.

Сопутствующие заболевания: Ожирение I степени. Атеросклероз сонных артерий. Хронический бронхит, ремиссия.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Ишемический инфаркт головного мозга (кардиоэмболический) в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (размеры очага некроза), от ... (дата). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (наличие атеросклеротических бляшек IV типа, стеноз просвета базилярной артерии на 50 %, тромбоембол левой средней мозговой артерии).

Фоновые заболевания: Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка (размеры участка) с наличием пристеночного тромбоза в левом желудочке. Фибрилляция предсердий, постоянная форма (по клиническим данным). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (атеросклеротические бляшки II-V типов с кальцинозом, степень стеноза просвета огибающей ветви левой венечной артерии до 80 %). Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда — 1,7 см, масса сердца 420 г), гипертензивная ангиоэнцефалопатия. Нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 89 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит вне обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 суток	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт головного мозга эмболический (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	5 суток	I	6	3	:	4
	в) (первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Кардиосклероз постинфарктный	10 лет	I	2	5	.	8
	Болезнь гипертоническая	15 лет	I	1	0		

Пример 20

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.3 Ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии справа от ... (дата), атеротромботический подтип, левосторонняя гемиплегия, гемигипостезия, прозопарез, дизартрия.

Конкурирующее заболевание: I21.3 Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда 1 типа в задней стенке левого желудочка от ... (дата, через 2 дня после инсульта). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз передней нисходящей ветви левой коронарной артерии до 80 %).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 1. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, гликированный гемоглобин — 8,5 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). ХБП 3А стадии. СКФ = 52 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга. Двусторонняя нижнедолевая (S9-10 справа и S6, S9-10 слева) пневмония неуточненной этиологии. Острая сердечная недостаточность. Отек легких.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ (8 суток), трахеостомия от ... (дата), непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (неэрозивный эзофагит). Ожирение II степени. Атеросклероз сонных артерий и аорты.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Ишемический инфаркт мозга (атеротромботический) в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга, ... (размеры очага некроза), ... (дата). Левосторонняя гемиплегия, гемигипостезия, прозопарез, дизартрия (по клиническим данным). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (нестабильная атеросклеротическая бляшка VI типа средней мозговой ар-

териис с тромбозом, обтурирующий тромб длиной 1 см, стеноз просвета на 60 %).

Конкурирующие заболевания: Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (I тип) задней стенки левого желудочка (давностью около 6 суток, ... размеры очага некроза. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (атеросклеротические бляшки II–VI типов с кальцинозом и тромбозом, тромб в области нестабильной атеросклеротической бляшки VI типа длиной 4 мм в огибающей ветви левой венечной артерии, степень стеноза просвета более 80 %).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда — 2,2 см, масса сердца 480 г), гипертензивная ангиоэнцефалопатия. Сахарный диабет 2 типа (атрофия островков Лангерганса, мелкоочаговый фиброз стромы). Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). ХБП 3А стадии. СКФ = 52 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга с дислокацией и вклинением ствола мозга в большое затылочное отверстие. Трахеостомия от ... (дата). Двусторонняя нижнедолевая очаговая серозная пневмония неуточненной этиологии. Двусторонний серозный плеврит. Острый серозный эндобронхит. Острая сердечная недостаточность. Отек легких.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ (8 суток), трахеостомия от ... (дата), непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Неэрозивный эзофагит. Ожирение II степени.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ					
I.	а) Отек легких (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 суток	J	8	1			
	б) Плевропневмония двусторонняя (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	5 суток	J	1	8	.	8	
	в) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий (первоначальная причина смерти указывается последней)	9 суток	I	6	3	:	3	
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)							
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)							
	Инфаркт миокарда трансмуральный	6 суток	I	2	1	.	3	

Пример 21

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.3 Ишемический инсульт в системе средней мозговой артерии справа, атеротромботический подтип, от ... (дата), левосторонняя гемиплегия, прозопарез, дизартрия. Системная тромболитическая терапия от ... (дата). Стентирование правой внутренней сонной артерии от ... (дата).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 1. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 86 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Атеросклероз правой внутренней сонной артерии, степень стеноза просвета артерии до 75 %).

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II, ХСН IIА.

Пример 22

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.5 Ишемический инсульт в вертебробазиллярном бассейне, неуточненный подтип, от ... (дата). Бульбарный синдром: дисфагия, дизартрия, мозжечковая атаксия. Тетрапарез (рефлекторный слева, легкий справа). Гемигипостезия справа. Центральные расстройства функции тазовых органов по типу задержки, троакарная эпицистостомия от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипердислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Нефропатия гипертензивная. ХБП 3А стадии. СКФ = 56 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Атеросклероз правой внутренней сонной артерии (3-я степень, III стадия, степень стеноза до 25 %), левой позвоночной артерии (степень стеноза до 50 %).

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ФК I, ХСН IIА. Хронический простатит. Хроническая инфекция мочевыводящих путей.

Пример 23

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.6 Ишемический инсульт с локализацией в левой теменной доле и обеих лобных долях больших полушарий головного мозга с локальным субарахноидальным кровоизлиянием вследствие тромбоза сагиттального и левого сигмовидного синусов и корковых вен от ... (дата). Судорожный синдром по типу однократного

билатерального приступа от ... (дата). Легкий преходящий правосторонний гемипарез и элементы моторной афазии, глазодвигательные расстройства, выраженный цефалический синдром.

Фоновое заболевание: Прием комбинированных оральных контрацептивов (препараты эстрогена в течение 3-х лет). Синдром гиперкоагуляции (МНО 0,8 ед; АЧТВ 15 секунд; фибриноген 6,5 г/л; Д-димер 930 нг/мл от ... (дата)). Дефицит протеина С.

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Полип эндометрия.

Пример 24

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.8 Ишемический инсульт, неуточненный подтип, в системе средней мозговой артерии слева от ... (дата), легкий правосторонний гемипарез, правосторонний прозопарез, правосторонняя гемигипостезия, и в вертебробазиллярном бассейне от ... (дата, менее 30 суток от первого), корковая слепота, псевдобульбарный синдром, умеренные когнитивные расстройства.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный гемоглобин < 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная и диабетическая). ХБП 2 стадии. СКФ = 85 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Деформирующий полиостеоартроз III степени суставов нижних конечностей.

Пример 25

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.8 Повторный ишемический инсульт по типу лакунарного инфаркта в системе средней мозговой артерии справа от ... (дата), легкий левосторонний верхний монопарез, левосторонний прозопарез, левосторонняя гемигипостезия, псевдобульбарный синдром. Последствия перенесенного (... дата или год) ин-

сульты в левой гемисфере в виде рефлекторного правостороннего гемипареза, элементов моторной афазии и когнитивных расстройств. Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Нефропатия гипертензивная. ХБП 2 стадии. СКФ = 88 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Эрозивный эзофагит.

Пример 26

Клинический диагноз

Основное заболевание: I63.8 Ишемический инсульт другого уточненного подтипа в системе средней мозговой артерии справа от ... (дата), преходящий левосторонний верхний монопарез, левосторонняя гомонимная гемианопсия, легкий левосторонний прозопарез, левосторонняя верхняя моногипостезия, неглект.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз церебральных артерий, степень стеноза до 65%. СКФ = 105 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: ИБС, постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН IIА. Миома матки.

2.3.4. Случаи смерти, при которых острые нарушения мозгового кровообращения рассматриваются как осложнения

В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней следует помнить, что не во всех этих случаях они выступают в качестве первоначальной причины смерти, даже если клинически инсульт не вызывает сомнения.

При сочетании острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественными новообразованиями, полиорганными осложнения-

ми сахарного диабета и другими тяжелыми заболеваниями острые формы цереброваскулярных катастроф в ряде случаев могут рассматриваться как их осложнения. Такие сочетания должны тщательно анализироваться с позиции выраженности и тяжести всех имеющихся патологических процессов и правильно отражаться в заключительном посмертном диагнозе и МСС.

Если по итогам анализа делается вывод о вторичности цереброваскулярных нарушений, то в патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозе инфаркт мозга или кровоизлияние будут являться лишь промежуточным звеном танатогенеза или непосредственной причиной смерти, т. е. осложнениями основной тяжелой патологии.

При сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с эссенциальной гипертензией приоритет при выборе первоначальной причины смерти всегда отдается острым формам цереброваскулярных болезней, гипертензия учитывается как фоновое заболевание (примеры см. выше).

ВИЧ-инфекция не может выступать причиной любых форм ЦВБ, несмотря на описанные явления васкулита у ВИЧ-инфицированных пациентов с ишемическими и геморрагическими инсультами, поэтому она может быть учтена только как сопутствующее, второе конкурирующее или сочетанное заболевание в комбинированном диагнозе.

При сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с другими болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, выбор первоначальной причины смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Нозологические единицы из группы ЦВБ в качестве первоначальной причины смерти не рассматривают, если выявленные ишемические повреждения головного мозга и/или их исходы обусловлены:

- васкулитами и васкулопатиями различной этиологии;

- тромбоэмболическим синдромом (например, при эндокардите, миокардите, аневризме стенки левого желудочка, искусственных клапанах сердца и т. д.), кроме кардиоэмболического инфаркта головного мозга при разных формах мерцательной аритмии, когда источником тромбоэмболов являются полости сердца;
- жировой и воздушной эмболией;
- травмой;
- опухолью или метастазами опухолей, паранеопластическим синдромом;
- системными заболеваниями, тромбофилиями, коагулопатиями и др.

Ишемический инсульт, таким образом, **должен быть выставлен** как основное или коморбидное (конкурирующее, сочетанное) заболевание только в следующих случаях:

- для атеротромботического варианта инфаркта — при доказанной атеросклеротической природе стеноза, тромбоза (часто при осложненной нестабильной атеросклеротической бляшке) или артерио-артериальной тромбоэмболии артерий головного мозга, при этом должны быть исключены иные достаточные причины этих патологических процессов, в противном случае инфаркт головного мозга следует расценивать как осложнение;

- для кардиоэмболического варианта инфаркта — только при доказанном источнике тромбоэмболов из левого предсердия, обычно при разных типах фибрилляции предсердий.

Если источником тромбоэмболов являются митральный или аортальный клапаны (эндокардиты, пороки сердца) или левый желудочек (инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, острая или хроническая аневризма, эндокардит, миокардит, опухоли сердца и т. д.), то, независимо от наличия развернутого тромбоэмболического синдрома, инфарктов других органов, такой инфаркт головного мозга следует расценивать как осложнение кардиальной патологии, явившейся причиной образования

тромбов (хотя формально по своему патогенезу он остается кардиоэмболическим);

- в случае лакунарного инфаркта, который редко приводит к летальному исходу и, следовательно, редко квалифицируется как основное заболевание в посмертном диагнозе, при доказанной артериосклеротической природе поражения пенетрирующих артерий головного мозга и типичной клинике подкорковых лакунарных синдромов, фоновым заболеванием обязательно должна быть указана длительно существующая гипертоническая болезнь и/или сахарный диабет; для инфаркта другой известной этиологии — только в виде исключения, например, при диссекции артерий головного мозга (инфаркты головного мозга этого патогенетического типа обычно не представляют собой нозологическую единицу, и их подавляющее большинство являются осложнением, реже — проявлением других заболеваний);
- для инфаркта неуточненного патогенетического типа — после исключения его атеротромботической природы или (исходя из определения этого типа инфаркта) наличия одновременно двух и более причин его развития (атеросклеротического поражения артерий головного мозга и фибрилляции предсердий), и только после исключения различных заболеваний, для которых он мог явиться их осложнением или проявлением.

Нозологические единицы из группы ЦВБ в качестве первоначальной причины смерти не рассматривают, если выявленные геморрагические повреждения головного мозга и/или их исходы обусловлены:

- терминальной почечной недостаточностью. При терминальной почечной недостаточности и уремии патогенез внутричерепных кровоизлияний в большей мере связан именно с ними. При вторичных (симптоматических) артериальных гипертензиях — почечной (например, при амилоидозе и гломерулонефритах), за исключением реноваскулярной (вторичной, симптоматической) артериальной гипертензии, обусловленной хроническим пиело-

нефритом или гломерулонефритом, внутричерепные кровоизлияния также являются осложнением этих заболеваний;

- при эндокринной патологии, сопровождающейся повышенным артериальным давлением, в том числе ятрогенной (например, при ятрогенном синдроме Кушинга), церебральной (гипоталамической) артериальной гипертензии;
- при наличии артериальной гипертензии, осложняющей беременность, роды или послеродовый период (эклампсия, HELLP-синдром);
- при разрыве аневризм артерий или вен головного мозга другой природы (при васкулитах, после травм и т. д.);
- при наличии цирроза печени с нарушением ее функции в виде гипокоагуляции и геморрагического синдрома, а также при других причинах гипокоагуляции, включая медикаментозные на фоне приема антикоагулянтов.
- при наличии иных причин развития артериальной гипертензии (при алкоголизме и хронической алкогольной интоксикации, при системных заболеваниях, васкулитах, гемофилии, ДВС-синдроме, онкологических и инфекционных заболеваниях и т. д.).

Внутричерепное нетравматическое кровоизлияние (внутримозговое, субарахноидальное, внутрижелудочковое), таким образом, **должно быть выставлено** как основное или коморбидное (конкурирующее, сочетанное) заболевание в следующих случаях:

- при наличии фонового заболевания — эссенциальной артериальной гипертензии (гипертонической болезни), реноваскулярной (вторичной, симптоматической) артериальной гипертензии и почечной (вторичной, симптоматической) артериальной гипертензии, обусловленной хроническим пиелонефритом или гломерулонефритом, за исключением выраженной, терминальной почечной недостаточности (ХПН III стадии, уремии или ХБП 5 стадии, см. выше);

- при наличии фонового заболевания — сахарного диабета с проявлением в виде артериальной гипертензии обычно почечного генеза (при диабетической нефропатии);
- при наличии разрыва врожденных аневризм и мальформаций или приобретенных атеросклеротических аневризм сосудов головного мозга;
- после исключения иных причин развития внутричерепного нетравматического кровоизлияния (при системных заболеваниях, васкулитах, тромбофилии, ДВС-синдроме, онкологических и инфекционных заболеваниях, HELLP-синдроме и т. д.).

Как видно, достаточно большое число инфарктов головного мозга и внутричерепных нетравматических кровоизлияний не являются самостоятельной нозологической единицей и представляют собой осложнения или проявления других заболеваний. Следовательно, для их квалификации и верной формулировки диагноза необходим тщательный клинико-анатомический анализ.

Пример 27

Клинический диагноз

Основное заболевание: E14.7 Сахарный диабет 1 типа с множественными осложнениями с преобладанием микроангиопатий. Диабетическая ретинопатия (препролиферативная). Диабетическая дистальная полинейропатия с поражением мягких тканей стопы правой нижней конечности. Диабетическая нефропатия. ХБП 4 стадии. СКФ = 28 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Симптоматическая артериальная гипертензия (почечная) 3 стадии, степень АГ 2. Риск 4.

Осложнения: I63.3 Ишемический инсульт в системе средней мозговой артерии слева от ... (дата), неуточненный подтип, правосторонняя гемиплегия, сенсомоторная афазия. Отек головного мозга, вклинение в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. Эмфизема легких. ДН II ст.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями с преобладанием микроангиопатий. Диабетическая ретинопатия (препролиферативная). Диабетическая дистальная полинейропатия с поражением мягких тканей стопы правой нижней конечности. Диабетическая нефропатия (фокально-сегментарный гломерулосклероз, очаговый некротизирующий папиллит). ХБП 4 стадии. СКФ = 28 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Вторичная артериальная гипертензия (почечная), гипертрофия левого желудочка (масса сердца 480 г, толщина миокарда левого желудочка – 2,1 см).

Осложнения: Ишемический инфаркт в белом веществе лобной, теменной и височной долей левого полушария головного мозга (размеры очага некроза, дата) с мелким фокусом кровоизлияния по типу геморрагического пропитывания (размеры фокуса). Отек головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. Эмфизема легких, очаговый пневмофиброз. Атеросклероз аорты (I-я степень, II стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 суток	I	6	3	.	3

б) Нephропатия диабетическая (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	5 лет	Е	1	4	.	2
в) Диабет сахарный с множественными осложнениями (первоначальная причина смерти указывается последней)	17 лет	<u>Е</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>:</u>	<u>7</u>
г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 28

Клинический диагноз

Основное заболевание: I33.0 Подострый инфекционный эндокардит с поражением левого желудочка, створок аортального клапана, недостаточность аортального клапана II степени, вызванный ... (возбудитель или неуточненной этиологии).

Осложнения: I63.4 Ишемический инсульт в системе средней мозговой артерии слева от ... (дата), кардиоэмболический подтип, правосторонняя гемиплегия, сенсомоторная афазия. Отек головного мозга с дислокацией и вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующее заболевание: Множественная миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Инфекционный эндокардит, подострый, активный, деструктивно-язвенный с тромбозом, с поражением створок аортального клапана и эндокарда левого желудочка (бактерио-

логическое исследование № ... от ... (дата), возбудитель). Множественные петехиальные кровоизлияния в коже, в слизистых оболочках и в серозных оболочках.

Осложнения: Тромбоэмболический синдром. Ишемический инфаркт в белом веществе лобной, теменной, височной и затылочной долей левого полушария головного мозга от ... (кардиоэмболический, размеры очага некроза, дата (тромбоэмбол левой средней мозговой артерии). Множественные инфаркты обеих почек. Инфаркт селезенки. Отек головного мозга с дислокацией и вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Множественная лейомиома матки интрамуральная, субсерозная.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	48 часов	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный, вызванный эмболией церебральных артерий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	4 суток	I	6	3	.	4
	в) Эндокардит инфекционный (первоначальная причина смерти указывается последней)	неизвестно	I	3	3	:	0
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						

II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Пример 29

Клинический диагноз

Основное заболевание: I21.3 ИБС: Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда I типа с зубцом Q передней стенки левого желудочка от ... (дата) с формированием острой аневризмы в зоне инфаркта. Атеросклероз коронарных артерий с наличием нестабильных атеросклеротических бляшек (3-я степень, IV стадия, степень стеноза просвета артерий до 75 %).

Конкурирующее заболевание: I63.3 Ишемический инсульт в бассейне передней мозговой артерии справа от ... (дата), атеротромботический подтип, левосторонняя гемиплегия, гемигипостезия, дизартрия.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, целевые значения АД. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз сонных артерий (степень стеноза до 25 % просвета внутренней сонной артерии слева, до 65 % внутренней сонной артерии справа). Нефропатия гипертензивная. ХБП 2 стадии. СКФ = 72 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Кардиогенный шок. Отек легких. Отек головного мозга. Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острый трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (I типа) передней стенки левого желудочка (давность около 3-х суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий с наличием бляшек IV–VI типов, степень стеноза просвета артерий до 80 % (нестабильная бляшка

VI типа в устье огибающей ветви левой венечной артерии с кровоизлиянием и тромбозом).

Конкурирующее заболевание: Ишемический инфаркт (атеротромботический) в белом веществе лобной доли правого полушария головного мозга от ... (размеры очага некроза, дата). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (нестабильная атеросклеротическая бляшка VI типа средней мозговой артерии с тромбозом, обтурирующий тромб длиной 1 см, степень стеноза просвета на 60 %).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда — 2,2 см, масса сердца 460 г), гипертензивная ангиоэнцефалопатия. Гипертензивная нефропатия (артериологломерулонефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 72 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Острая аневризма передней стенки левого желудочка с пристеночным тромбозом. Кардиогенный шок. Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит без признаков обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Шок кардиогенный (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	16 часов	R	5	7	.	0
	б) Инфаркт миокарда трансмуральный (патологическое состояние,	72 часа	I	2	1	:	3

	которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)						
	в) (первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий	около 2 суток	I	6	3	.	3
	Болезнь гипертоническая	10 лет	I	1	0		

Пример 30

Клинический диагноз

Основное заболевание: С16.0 Рак кардиального отдела желудка (результат гистологического исследования № ... от ..., дата), лимфогенные метастазы в лимфатические узлы малой и большой кривизны желудка, лимфатические узлы в области ворот печени, гематогенные метастазы в печень и легкие, Т3N3M1. Stage IV.

*Осложнения: Паранеопластический синдром: множественные тромбоэмболии, токсико-анемический синдром. Острый флеботромбоз глубоких вен голени обеих нижних конечностей. Рецидивирующая тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Дыхательная недостаточность II степени (клинически). Раковая кахексия. Железодefицитная анемия тяжелой степени (гемоглобин ... г/л; эритроциты ... *10¹²/л). Ишемические инсульты, множественные, неуточненного подтипа в системе задней мозговой артерии справа от ... (дата), левосторонняя гемипарез; в системе средней мозговой артерии справа от ... (дата), левосторонний глубокий гемипарез; в вертебробазиллярном бассейне от ... (дата), бульбарный синдром, глазодвигательные расстройства, мозговая кома. Отек головного*

мозга, дислокация и вклинение ствола в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Аденокарцинома NOS кардиального отдела желудка High grade с обширными полями некроза, выраженной воспалительной инфильтрацией, с опухолевой инвазией на всю толщину стенки желудка до серозной оболочки и в клетчатку, с множественными фокусами периваскулярной и периневральной инвазии, с наличием опухолевых эмболов в просветах сосудов. Метастазы в лимфатические узлы малой и большой кривизны желудка, лимфатические узлы в области ворот печени. Метастазы в правую долю печени, легкие. T4N3M1. Stage IV.

Осложнения: Паранеопластический синдром: множественные тромбоэмболии, токсико-анемический синдром. Острый флеботромбоз глубоких вен голени обеих нижних конечностей. Рецидивирующая тромбоэмболия средних и мелких ветвей легочной артерии. Красный инфаркт нижней доли правого легкого (размеры). Кахексия. Железodefицитная анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин 56 г/л; эритроциты $2,1 \cdot 10^{12}$ /л клинически от ..., дата). Множественные ишемические инфаркты (эмболические) в белом веществе затылочной доли справа (размеры очагов), теменной (размеры очагов) и височной долей (размеры очагов) правого полушария от ... (даты), моста и мозжечка (размеры очагов), тромбоэмболы правой задней артерии и средней мозговой артерии.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	4 суток	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный, вызванный эмболией церебральных артерий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	5 суток	I	6	3	.	4
	в) Рак кардиального отдела желудка (первоначальная причина смерти указывается последней)	18 месяцев	C	1	6	:	0
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 31

Клинический диагноз:

Основное заболевание: I63.8 Ишемический инсульт другой уточненной этиологии в системе средней мозговой артерии справа от ... (дата), переходящий легкий левосторонний гемипарез, гемигипостезия, прозопарез, дизартрия.

Фоновое заболевание: A52.1 Нейросифилис с симптомами, поздний третичный период.

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Себорейный кератоз волосистой части головы.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Сифилис, поздний третичный период, с поражением висцеральных органов. Нейросифилис с симптомами. Множественные гуммы белого вещества теменно-затылочных долей больших полушарий головного мозга.

Осложнения: Серозный распространенный диффузный менингит. Церебральный артериит, множественный характер поражения стенок артерий с микротромбозами. Ишемический инсульт от ... (дата), переходящий легкий левосторонний гемипарез, гемигипостезия, прозопарез, дизартрия. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Себорейный кератоз волосистой части головы.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	48 часов	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	72 часа	I	6	3	.	3
	в) Сифилис центральной нервной системы третичный (первоначальная причина смерти указывается последней)	неизвестно	A	5	2	:	3
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						

II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 32

Клинический диагноз

Основное заболевание: M32.1 Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности, с наличием кожных проявлений (сетчатое ливедо, «бабочка», хейлит, алопеция). Синдром Рейно. Положительный АНФ. Спленомегалия, люпус-нефрит (клинически), лихорадка. Вторичный антифосфолипидный синдром: тромбоцитопения, тромбофилия.

Осложнения: I63.8 Ишемический инсульт от ... (дата) в вертебробазиллярном бассейне, бульбарный синдром, глазодвигательные расстройства. Альтернирующий синдром Валленберга–Захарченко, корковая слепота. Отек головного мозга с дислокацией структур и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Полипы эндометрия. Миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности, с наличием кожных проявлений (сетчатое ливедо, «бабочка», хейлит, алопеция); синдрома Рейно, положительный АНФ (клинически). Спленомегалия (размеры селезенки 18x9x7 см, масса 790 г), люпус-нефрит (очаговая атрофия структур коркового вещества, очаговая лимфоидная инфильтрация, микротромбы в капиллярных петлях клубочков, гломерулосклероз), лихорадка. Вторичный антифосфолипидный синдром: тромбоцитопения, тромбофилия.

Осложнения: Ишемический инфаркт от ... (дата) в белом веществе теменно-затылочной области левого полушария головного мозга,

бульбарный синдром, глазодвигательные расстройства. Альтернирующий синдром Валленберга–Захарченко, корковая слепота (клинически). Отек головного мозга с дислокацией структур и вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Железисто-фиброзные полипы эндометрия. Очаговый аденомиоз.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	4 суток	G	9	3	.	6
	б) Инфаркт церебральный уточненный (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	5 суток	I	6	3	.	8
	в) Волчанка красная системная уточненная (первоначальная причина смерти указывается последней)	10 лет	M	3	2	:	1
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 33

Клинический диагноз

Основное заболевание: B20.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, 4Б стадия (иммуноблот + № ..., от ..., дата; иммунный статус (дата): CD4 ..., CD8 ..., CD4/CD8 ...), прогрессирование на фоне приема АРТ, с проявлениями множественных инфекций.

Вторичные заболевания: Двусторонняя полисегментарная пневмоцистная пневмония. Цитомегаловирусная инфекция.

Конкурирующее заболевание: I61.0 Спонтанное внутримозговое кровоизлияние в глубинные отделы левой гемисферы от ... (дата). Правосторонняя гемиплегия, сенсомоторная афазия.

Осложнения: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический простатит, обострение.

Пример 34

Клинический диагноз

Основное заболевание: N05.3 Хронический мезангиопролиферативный гломерулонефрит, тип 3 (результат нефробиопсии № ..., от ..., дата). Нефритический синдром. ХБП 5 стадии. СКФ = 12 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Симптоматическая артериальная гипертензия III стадии, степень АГ 3, гипертрофия левого желудочка. Хронический гемодиализ (год/месяц начала сеансов гемодиализа).

*Осложнения: Терминальная стадия ХПН. Уремия (креатинин — ... мкмоль/л; мочевины — ммоль/л клинически от ..., дата). Анемия железодефицитная средней степени (гемоглобин — ... г/л; эритроциты — ... *10¹²/л клинически от ..., дата). I63.8 Ишемический инсульт с множественными очагами в правом и левом полушариях головного мозга от ... (дата). Отек головного мозга.*

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Хронический мезангиопролиферативный гломерулонефрит (пролиферация мезангиоцитов, гиалиноз стенок артериол, очаговый васкулит), тип 3 (результат нефробиопсии № ..., от ..., дата). Нефритический синдром. ХБП 5 стадии. СКФ = 12 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Симптоматическая артериальная гипертензия (почечного генеза), гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда — 1,8 см, масса сердца 420 г), гипертензивная ангиоэнцефалопатия. Хронический гемодиализ (год/месяц начала сеансов гемодиализа).

Осложнения: Терминальная стадия ХПН. Уремия (креатинин — ... мкмоль/л; мочевины — ... ммоль/л клинически от ..., дата). Фибринозный очаговый перикардит. Фибринозный правосторонний плеврит. Острый геморрагический энтероколит. Анемия гипохромная средней степени тяжести (гемоглобин — 90 г/л; эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}$ /л клинически от ..., дата). Множественные ишемические инфаркты вещества головного мозга с локализацией в белом веществе затылочной доли правого полушария и в белом веществе височной и затылочной долей левого полушария головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит без признаков обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Инфаркт церебральный уточненный (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	48 часов	I	6	3	.	8
	б) Недостаточность почечная,	10 лет	N	1	8	.	5

	терминальная стадия (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)						
	в) Гломерулонефрит мезангиальный пролиферативный диффузный (первоначальная причина смерти указывается последней)	13 лет	<u>N</u>	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>:</u>	<u>3</u>
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 35

Клинический диагноз

Основное заболевание: I42.6 Алкогольная кардиомиопатия, аритмический вариант, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция предсердий.

Фоновое заболевание: Хронический алкоголизм (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного) с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит, хронический атрофический гастрит.

Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность IIБ, двусторонний гидроторакс, асцит, отек мягкий тканей нижних конечностей, легочная гипертензия. Дилатация полостей сердца с фракцией выброса левого желудочка 25 % (клинически, результат ЭхоКГ от ... дата). Пристеночный тромбоз левого желудочка. Тромбоэмболический синдром. I63.4 Ишемический инфаркт в бассейне средней мозговой артерии слева (размеры очага) от ... (дата). Отек головного

мозга с дислокацией и вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакологическая поддержка (в/в адреналин).

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Алкогольная дилатационная кардиомиопатия (шаровидная форма сердца, масса сердца 610 г, расширение полостей сердца, избыточное субэпикардальное разрастание жировой ткани, мезенхимальная жировая дистрофия миокарда, атрофия кардиомиоцитов, очаговая вакуолизация цитоплазмы кардиомиоцитов, выраженный очаговый интерстициальный и периваскулярный фиброз, паретическое расширение и полнокровие капилляров), аритмический вариант, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция предсердий.

Фоновое заболевание: Хронический алкоголизм (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного) с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит, хронический атрофический гастрит.

Осложнения: Хроническая сердечная недостаточность IIБ. Пневмофиброз и гемосидероз легких. Двусторонний гидроторакс (слева 650 мл, справа 600 мл), асцит (850 мл), отек мягкий тканей нижних конечностей. Расширение полостей сердца (толщина миокарда левого желудочка — 0,9 см, правого желудочка — 0,1 см) с фракцией выброса левого желудочка 25 % (клинически, результат ЭхоКГ от ... дата). Пристеночный тромбоз левого желудочка. Тромбоэмболический синдром. Ишемический инфаркт в белом веществе теменно-височной области левого полушария (размеры очага), в бассейне средней мозговой артерии слева от ... (дата). Отек головного мозга с вклинением ствола в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, фармакологическая поддержка (в/в адреналин).

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит без признаков обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Инфаркт головного мозга эмболический (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	24 часа	I	6	3	.	4
	б) Тромбоэмболия (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	30 часов	I	7	4	.	9
	в) Кардиомиопатия алкогольная (первоначальная причина смерти указывается последней)	более 10 лет	I	4	2	.	6
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Алкоголизм хронический	20 лет	F	1	0	.	2

Пример 36

Клинический диагноз

Основное заболевание: I33.0 Острый инфекционный первичный эндокардит трикуспидального и аортального клапанов.

Фоновое заболевание: F11.2 Героиновая наркомания (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного; данные анамнеза, точечные многочисленные дефекты от инъекций на предплечьях и в паховых областях).

Осложнения: А41.Х Сепсис (последний знак кода зависит от выявленного возбудителя; результат бактериологического исследования крови из правого желудочка сердца ... от ... дата), септикопиемия. ОРДС, острая печеночная и почечная недостаточность. ДВС-синдром. I63.3 Ишемические инсульты в системе передней мозговой артерии справа от ... (дата), задней мозговой артерии слева от ... (дата), вертебробазиллярном бассейне от ... (дата), мозговая кома. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С (результат серологического исследования — метод, дата), фаза ... (по клиническим данным).

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Инфекционный эндокардит (первичный, острый, активный): острый полипозно-язвенный эндокардит трикуспидального клапана и аортального клапана (результат бактериологического исследования фрагмента трикуспидального клапана ... от ... дата). Гемолитическая желтуха (результат биохимического анализа крови ... от ... дата). Кровоизлияния в конъюнктиву нижнего века (пятна Лукина–Либмана).

Фоновое заболевание: Героиновая наркомания (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного; данные анамнеза, точечные многочисленные дефекты от инъекций на предплечьях и в паховых областях).

Осложнения: Сепсис (код зависит от этиологии) (результат бактериологического исследования крови из правого желудочка сердца ... от ... дата), септикопиемия. Множественные микробные эмболы с формированием микроабсцессов в почках, печени, легких, в головном мозге, надпочечниках. Острый диффузный реактивный миокардит. Синдром полиорганной недостаточности от ... (дата, клинически). Респираторный дистресс-синдром, острая фаза (альвеолярный отек, инфильтрация межальвеолярных перегородок нейтрофилами, гиали-

новые мембраны в просветах альвеол). ДВС-синдром (острые эрозии слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, очаги некроза гепатоцитов, тромбоз капилляров почек, микроинфаркты в почках, микроинфаркты в легких). Ишемические инфаркты в белом веществе лобной доли правого полушария, в белом и в сером веществе затылочной доли левого полушария, в стволе головного мозга ... (размеры очагов некроза, даты), обтурирующие красные тромбы длиной 0,5–0,7 см в просветах правой передней, левой задней мозговой артерии и в основной артерии. Отек головного мозга с вклинением в большое затылочное отверстие.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующее заболевание: Хронический вирусный гепатит С (результат серологического исследования — метод, дата), степень активности ..., стадия ..., фаза ... (по клиническим данным).

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Инфаркт церебральный, вызванный тромбозом церебральных артерий (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	24 часа	I	6	3	.	3
	б) Сепсис (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	10 суток	A	4	1	.	9
	в) Эндокардит инфекционный острый (первоначальная причина смерти указывается последней)	20 суток	I	3	3	.	0

	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)							
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)							
	Зависимость вследствие привыкания к героину	3 года	F	1	1	.	2	

Пример 37

Клинический диагноз

Основное заболевание: O14.2 HELLP-синдром: гемолиз, тяжелая гемолитическая анемия, АСТ - ..., АЛТ - ..., тромбоцитопения (тромбоциты —... от ..., дата) после преждевременного срочного родоразрешения путем кесарева сечения от ... (дата) при беременности 30–32 недели.

Осложнения: G41.0 Эпилептический статус билатеральных приступов от ... (дата). I61.0 Спонтанное внутримозговое кровоизлияние в левую височно-теменную долю с прорывом крови в субарахноидальное пространство и желудочки мозга от ... (дата). Операция: Декомпрессивная трепанация черепа слева, удаление внутримозговой гематомы, установка вентрикулярного датчика ВЧД от ... (дата).

Отёк головного мозга.

Сопутствующие заболевания: -----

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: HELLP-синдром: гемолиз, тяжелая гемолитическая анемия, АСТ — ..., АЛТ — ..., тромбоцитопения (тромбоциты — ... от ..., дата) при беременности 30–32 недели. Операция: преждевременное родоразрешение путем кесарева сечения от ... (дата).

Осложнения: Эпилептический статус билатеральных приступов от ... (дата). Спонтанное внутримозговое кровоизлияние в левую височно-теменную долю с прорывом крови в субарахноидальное пространство и желудочки мозга от ... (дата). Операция: декомпрессивная

трепанация черепа слева, удаление внутримозговой гематомы, установка вентрикулярного датчика ВЧД от ... (дата). Отёк головного мозга с дислокацией и вклинением в большое затылочное отверстие. Сопутствующие заболевания: -----

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек головного мозга (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	44 часа	G	9	3	.	6
	б) Кровоизлияние подкорковое в головной мозг (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	48 часов	I	6	1	.	0
	в) HELLP-синдром (первоначальная причина смерти указывается последней)	10 суток	O	1	4	:	2
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Родоразрешение путем кесарева сечения срочного	12 суток	O	8	2	.	1

Пример 38

Клинический диагноз

Основное заболевание: I80.2 Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей.

Осложнения: Тромбоэмболия ветвей легочной артерии от ... (дата). Инфаркт нижней доли правого легкого. Системная тромболитическая терапия от ... (дата). I61.6 Множественное внутримозговое кровоизлияние с прорывом крови в субарахноидальное пространство и в желудочки мозга. Операция: Декомпрессивная трепанация черепа слева, удаление внутримозговой гематомы от ... (дата). Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия: ИВЛ, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 1. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Нефропатия гипертензивная. ХБП 2 стадии. СКФ = 63 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Избыточная масса тела. Риск 4. Миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Тромбофлебит глубоких вен голени обеих нижних конечностей.

Осложнения: Тромбоэмболический синдром. Массивная тромбоэмболия средних и мелких ветвей легочной артерии. Геморрагические инфаркты нижних долей обоих легких. Тромболитическая терапия от ... (дата). Внутримозговые нетравматические гематомы в обоих полушариях головного мозга ... (объем и локализация гематом) от ... (дата), прорыв крови в полости боковых и третьего желудочков мозга и в субарахноидальное пространство. Отек головного мозга с дислокацией и вклинением ствола мозга в большое затылочное отверстие.

Операция: Декомпрессивная трепанация черепа слева от ... (дата).

Реанимационные мероприятия: ИВЛ (... суток), катетеризация правой подключичной вены от ... (дата), непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 505 г, толщина миокарда левого желудочка — 2,2 см, правого — 0,5 см), гипертензивная ан-

гиоэнцефалопатия. Нефропатия гипертензивная (артериологломерулосклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 63 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Избыточная масса тела (ИМТ = 29.8). Лейомиома матки субмукозная.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Кровоизлияние внутримозговое множественных локализаций (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 суток	I	6	1	.	6
	б) Тромбоэмболия (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	3 суток	I	7	4	.	9
	в) Тромбофлебит глубоких сосудов нижней конечности (первоначальная причина смерти указывается последней)	10 суток	I	8	0	:	2
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Поражение прецеребральных и церебральных артерий, не приводящее к инфаркту мозга (коды I65–I66).

Данные рубрики используются чаще всего у асимптомных пациентов с выявленным при специальных методах исследования стенозом указанных сосудов. При наличии инфаркта мозга используется код I63. Допускается применение этих кодов после транзиторных ишемических атак в соответствующей стенозу артерии, при которых, как следует из современного определения, не формируется ишемический очаг. У пациентов с хронической ишемией мозга эти коды могут использоваться лишь как дополнительные. Часто являются кодами для реконструктивных операций на сосудах. Для регистрации летальных исходов рубрики I65–I66 не должны использоваться.

Гипертензивная энцефалопатия (код I67.4) возникает только при высоких цифрах АД (так называемая «злокачественная» форма гипертонической болезни или церебральный гипертонический криз и его осложнение — острая гипертензивная энцефалопатия). Гипертензивную энцефалопатию, которая является острым состоянием, следует отличать от хронической ишемии головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия) при длительно протекающей артериальной гипертензии (код I67.8). Несмотря на то, что эти коды близки и по их расположению в МКБ, и формально по смыслу, они обозначают совершенно разные состояния, так как острая гипертензивная энцефалопатия (по отечественной классификации Е.В. Шмидта и Г.А. Максудова, 1985) относится к ОНМК, к преходящим не очаговым нарушениям мозгового кровообращения. В последние годы активно обсуждается синдром задней обратимой энцефалопатии (PRES-синдром), который по критериям соответствует острой гипертензивной энцефалопатии и может кодироваться этим же кодом.

Пример 39

Клинический диагноз

Основное заболевание: I67.4 Острая гипертензивная энцефалопатия, гипертензивный криз АД 200/110 мм рт. ст. от ... (дата).

Фоновые заболевания: Гипертензивная болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия, ХБП 2 стадии, СКФ = 73 мл/мин/1,73м² от ... (дата), риск 4.

Осложнения: Синдром Мэллори–Вейсса, разрывы слизистой оболочки нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка. Состоявшееся массивное желудочное кровотечение. Геморрагический (гиповолемический) шок.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения ФК II, НК IIА. Миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Острая гипертензивная энцефалопатия, гипертензивный криз АД 200/110 мм рт. ст. от ... (дата) (плазматическое пропитывание и спазм стенок артериол, мелкие периваскулярные очаги диапедезных кровоизлияний). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз средних мозговых артерий до 25 %).

Фоновые заболевания: Гипертензивная болезнь с поражением сердца и почек: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина миокарда левого желудочка — 1,8 см, правого желудочка — 0,4 см). Нефропатия гипертензивная (артериологломеруло-нефросклероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 73 мл/мин/1,73м² от ... (дата), риск 4.

Осложнения: Синдром Мэллори–Вейсса, множественные разрывы слизистой оболочки нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка. Состоявшееся массивное желудочное кровотечение (объем крови 700 мл). Геморрагический (гиповолемический) шок. Острое малокровие внутренних органов. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести (гемоглобин — 75 г/л, эритроциты — $2.9 \cdot 10^{12}$ /л). Острая почечная недостаточность (тубулонекроз).

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II (клинически). Диффузный мелкоочаговый фиброз миокарда, выраженный периваскулярный фиброз. Атеросклероз коронарных артерий (2-я степень, II стадия, степень стеноза до 50 %). Субсерозная лейомиома матки (диаметр 2 см). Хронический калькулезный холецистит с наличием морфологических признаков обострения. Хронический бронхит без морфологических признаков обострения. Себорейный кератоз волосистой части головы.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Шок гиповолемический (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	12 часов	R	5	7	.	1
	б) Маллори–Вейса синдром (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	24 часа	K	2	2	.	6
	в) Энцефалопатия гипертензивная (первоначальная причина смерти указывается последней)	30 часов	I	6	7	:	4
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Болезнь гипертоническая	15 лет	I	1	0		

2.4. Хроническая ишемия мозга

Хроническая ишемия головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия по отечественной классификации) — это хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, возникшая вследствие диффузного и/или мелкоочагового характера поражения и проявляющаяся клинически комплексом характерных неврологических, нейропсихологических и психических расстройств. Многие авторы относят сюда и последствия повторных острых нарушений мозгового кровообращения, как с клиникой инсультов, так и без таковой, когда есть выявленные при нейровизуализации «немые» инфаркты. Наиболее близким международным понятием, которое может явиться аналогом отечественного термина «дисциркуляторная энцефалопатия», является «хроническая ишемия головного мозга», хотя и этот код отсутствует в МКБ-10. Данная патология входит в понятие «другие цереброваскулярные заболевания» (код I67.8 — другие уточненные поражения сосудов мозга). Остальные термины («сосудистая энцефалопатия», «атеросклеротическая энцефалопатия», «хроническая ишемическая болезнь мозга», «цереброваскулярная недостаточность») являются не являются официальными, в связи с чем их рекомендуют не употреблять или даже избегать. Хроническую ишемию мозга (дисциркуляторную энцефалопатию) необходимо дифференцировать с различными нейродегенеративными заболеваниями (прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др.). Доказано, что при детальном обследовании амбулаторных пациентов с этими диагнозами большая их часть уходит в иные рубрики (чаще всего это тревожно-депрессивные расстройства, первичные головные боли, периферическая вестибулопатия и прочие, «не сосудистые» типы когнитивных расстройств). Причиной смерти хроническая ишемия мозга может быть только в стадии глубокой деменции с вторичными осложнениями, но не непосредственной причиной смерти, которой являются смертельные осложнения — кахек-

сия, сепсис, пневмония, уроинфекция и т. п. При тяжелых внебольничных пневмониях хронические формы ЦВБ допускается не указывать как основное заболевание, более верно учитывать их в рубриках фоновой или сопутствующей патологии. В подобных случаях требуется предметно оценить этиологию и характер пневмонии, а также ее связь с хроническими нарушениями церебрального кровообращения.

Клинические критерии для диагноза хронической ишемии головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатии):

1. Объективно выявляемые нейропсихологические и неврологические симптомы.

2. Признаки цереброваскулярного заболевания, включающие факторы риска (артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, нарушения сердечного ритма и др.) и/или анамнестические признаки, и/или инструментально подтвержденные признаки поражения мозговых сосудов или вещества мозга.

3. Свидетельства причинно-следственной связи между (1) и (2):

а) соответствие динамики нейропсихологического и неврологического дефицита особенностям течения цереброваскулярного заболевания (тенденция к прогрессированию с чередованием периодов резкого ухудшения, частичного регресса и относительной стабилизации);

б) соответствие выявляемых при КТ/МРТ изменений вещества головного мозга сосудистого генеза ведущим клиническим проявлениям.

4. Исключены другие заболевания, способные объяснить клиническую картину.

Ведущими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии служат нарушения когнитивных (познавательных) функций, аффективные расстройства, полиморфные двигательные нарушения, включающие пирамидные, экстрапирамидные, псевдобульбарные, мозжечковые расстройства, вестибулярную и вегетативную недостаточность.

Постановка диагноза «дисциркуляторная энцефалопатия» помимо клинических признаков требует проведения инструментального

обследования (в том числе и методов нейровизуализации) для выявления признаков цереброваскулярного заболевания, но определение стадии (степени тяжести) заболевания основывается только на клинической картине. Выраженность морфологических изменений на КТ и/или МРТ не должна быть критерием определения стадии (степени тяжести). Маркерами для определения стадий являются только когнитивные нарушения, вне зависимости от других неврологических проявлений или перенесенных инсультов.

Согласно рекомендациям НИИ неврологии РАМН, выделяют три стадии (или степени тяжести) дисциркуляторной энцефалопатии:

I стадия. Преобладают субъективные симптомы (головная боль, головокружение, шум в голове, повышенная утомляемость, снижение внимания, неустойчивость при ходьбе, нарушение сна). При осмотре можно отметить лишь легкие псевдобульбарные проявления, оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексию, снижение постральной устойчивости, уменьшение длины шага, замедление ходьбы. При нейропсихологическом исследовании выявляются умеренные когнитивные нарушения лобно-подкоркового характера (нарушения памяти, внимания, познавательной активности) или невротоподобные расстройства, главным образом, астенического типа, которые, однако, могут быть компенсированы больным и существенным образом не ограничивают его социальную адаптацию. Основным критерием разделения I и II стадий дисциркуляторной энцефалопатии является отсутствие или наличие объективных клинических признаков поражения нервной системы (головного мозга) в виде четко оформленных неврологических или нейропсихологических синдромов при условии сохранения пациентом самообслуживания.

II стадия. Характерно формирование четких клинических синдромов, существенно снижающих функциональные возможности больного: клинически явных когнитивных нарушений, связанных с дисфункцией лобных долей и выражающихся в снижении памяти, замедлении психических процессов, нарушении внимания, мышления, способности планировать и контролировать свои действия; выражен-

ных вестибуломозжечковых расстройств, псевдобульбарного синдрома, постуральной неустойчивости и нарушения ходьбы, реже паркинсонизма, апатии, эмоциональной лабильности, депрессии, повышенной раздражительности, расторможенности. Возможны легкие тазовые расстройства, в начале в виде учащенного мочеиспускания в ночное время. На этой стадии страдает профессиональная и социальная адаптация больного, значительно снижается его работоспособность, но он сохраняет способность обслуживать себя. Данная стадия соответствует II–III группе инвалидности. Диагностика II и III стадий дисциркуляторной энцефалопатии, как правило, не вызывает сомнений ввиду выраженного нарушения мозговых функций. Основным (существенным) критерием разделения II и III стадий является нарушение самообслуживания с грубым нарушением социальной адаптации на фоне выраженного нейропсихологического и неврологического дефицита.

III стадия. Характерны те же синдромы, что и при II стадии, но их инвалидизирующее влияние существенно возрастает. Когнитивные нарушения достигают степени умеренной или тяжелой деменции и сопровождаются грубыми аффективными и поведенческими нарушениями (грубое снижение критики, апатико-абулический синдром, расторможенность, эксплозивность). Развиваются грубые нарушения ходьбы и постурального равновесия с частыми падениями, выраженные мозжечковые расстройства, тяжелый паркинсонизм, недержание мочи. Как правило, отмечается сочетание нескольких основных синдромов. Нарушается социальная адаптация, больные постепенно утрачивают способность обслуживать себя и нуждаются в постороннем уходе. Данная стадия соответствует I–II группе инвалидности.

Только в качестве дополнительных критериев определения стадии дисциркуляторной энцефалопатии (особенно в тех случаях, когда клиническая симптоматика не позволяет выполнить этого однозначно) возможно использование критериев стадий дисциркуляторной энцефалопатии на основе данных КТ и МРТ головного мозга, разработанных профессором кафедры неврологии Российской медицин-

ской академии последипломного образования, доктором медицинских наук О.С. Левиным в 2006 году.

I стадия:

- 1) лейкоареоз — тип перивентрикулярный и/или пунктирный субкортикальный, ширина менее 10 мм;
- 2) лакуны — число 2–5;
- 3) территориальные инфаркты — число 0–1, площадь не более 1/8 полушарий, диаметр до 10 мм;
- 4) атрофия головного мозга +/- .

II стадия:

- 1) лейкоареоз — тип пятнистый, частично сливающийся субкортикальный, ширина более 10 мм;
- 2) лакуны — число 3–5;
- 3) территориальные инфаркты — число 2–3, площадь не более 1/4 полушарий, диаметр до 25 мм;
- 4) атрофия головного мозга +/++ .

III стадия:

- 1) лейкоареоз — тип сливающийся, субкортикальный, ширина более 20 мм;
- 2) лакуны — число более 5;
- 3) территориальные инфаркты — более 3, площадь не менее 1/4 полушарий, диаметр более 25 мм;
- 4) атрофия головного мозга ++/+++ .

Следует иметь в виду, что данная классификация касается только дисциркуляторной энцефалопатии и не распространяется на хроническую ишемию мозга, то есть выносить в диагноз какую-либо стадию (степень) хронической ишемии мозга нельзя, следует ограничиваться перечислением неврологических и нейропсихологических синдромов с указанием их компенсации или декомпенсации.

Пример 40

Клинический диагноз

Основное заболевание: I67.8 Хроническая ишемия мозга III стадии, когнитивные расстройства, левосторонний глубокий гемипарез, синдром паркинсонизма, псевдобульбарный синдром.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 2 стадии. СКФ = 62 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Множественные пролежни крестцовой области, спины, правого бедра II–III стадии. Двусторонняя полисегментарная застойная пневмония, неуточненная, дыхательная недостаточность III степени (клинически).

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка неуточненной давности. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Атеросклероз аорты.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Хроническая ишемия головного мозга: лейкоэнцефалопатия, когнитивные расстройства, левосторонний глубокий гемипарез, синдром паркинсонизма, псевдобульбарный синдром (по клин. данным). Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз просвета артерий до 70 %).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда левого желудочка — 2 см, правого желудочка — 0,2 см, масса сердца 470 г). Нефропатия гипертензивная (артериологломерулонефро-склероз). ХБП 2 стадии. СКФ = 62 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Множественные пролежни крестцовой области, спины, правого бедра II–III стадии. Двусторонняя фибринозно-гнойная полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Респираторный дистресс-синдром взрослых.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: ХИБС. Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка неуточненной давности. Атеросклероз коронарных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз просвета артерий до 70 %). Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Дистресс-синдром респираторный у взрослого (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	24 часа	J	8	0		
	б) Пневмония застойная (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	10 суток	J	1	8	.	2
	в) Ишемия церебральная хроническая (первоначальная причина смерти указывается последней)	более 5 лет	I	6	7	:	8
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Гипертоническая болезнь	25 лет	I	1	0		

2.5. Деменция

Деменция — это синдром, характеризующийся приобретенными нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и (или) профессиональной деятельности. В окончательный диагноз деменция может быть вынесена только после консультации психиатра.

Выделяют следующие виды деменции:

1. При болезни Альцгеймера (коды БА: G30.0 — БА с ранним началом, G30.1 — БА с поздним началом или сенильная деменция, G30.8 — другие формы БА, G30.9 — БА неуточненная). БА с ранним началом характеризуется: возраст до 65 лет, быстрое прогрессирование, преобладание корковых расстройств. Сама деменция при ней кодируется вторым кодом со звездочкой (то есть он не самостоятельный и не выносится в МСС — F00.0*). Для БА с поздним началом характерно: возраст старше 65 лет, преобладание нарушений памяти, течение менее прогрессивное. Сама деменция кодируется вторым диагнозом со звездочкой F00.1*. Рубрика других форм БА используется для кодирования атипичных форм БА и для случаев смешанной деменции (БА+ЦВБ). Это следующие клинические ситуации:

- резкое нарастание когнитивного дефицита после перенесенного инсульта у пациента, ранее страдавшего БА;
- развитие прогрессирующей деменции с выраженным корковым компонентом в течение нескольких месяцев после перенесенного инсульта у исходно сохранного больного;
- параллельное развитие диффузного ишемического поражения глубинных отделов белого вещества больших полушарий и дегенерации гиппокампов височной долей.

Сама деменция кодируется вторым диагнозом со звездочкой F00.2*. БА неуточненная используется только для статистического

учета, в клинических диагнозах не используется. Сама деменция здесь кодируется вторым диагнозом со звездочкой F00.9*.

2. Сосудистая (артериосклеротическая) деменция (код I67.3 — прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия) — вариант (проявление) дисциркуляторной энцефалопатии II–III стадии, или болезнь Бинсвангера. Характеризуется определенной, отличной от БА, нейропсихологической и психиатрической картиной, которая подтверждена психиатром и методами нейровизуализации; кроме того, к ней относится описанная выше хроническая ишемия мозга, или дисциркуляторная энцефалопатия II–III стадии, код I67.8. Коды самой деменции перечислены в рубрике F01.

F01.0 — Сосудистая деменция с острым началом является синдромом, возникающим после перенесенного инсульта с очагом в «стратегической зоне» мозга — угловой извилине, медиобазальных отделах височных долей, лобных долях, базальных ганглиях, особенно в хвостатом ядре и таламусе).

F01.1 — Мультиинфарктная деменция (преимущественно корковая деменция). Возникает также при мультиинфарктном состоянии, но более плавно, чем деменция «с острым началом». Преобладают корковые когнитивные расстройства — афазия, апраксия, агнозия, акалькулия, другие проявления — снижение памяти, интеллекта, нейродинамики — являются вторичными и возникают позже.

F01.2 — Подкорковая сосудистая деменция (в отличие от корковой, преобладают нейродинамические расстройства — брадифрения, быстрая истощаемость, нарушение внимания, памяти, а также застревания при отсутствии корковых расстройств; часто возникает при болезни Бинсвангера, I67.3, может быть выставлена вторым кодом в клиническом диагнозе, но не в МСС).

F01.3 — Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция (наиболее частая форма, может возникнуть не только в случае прогрессирующей хронической ишемии мозга или множественных перенесенных ишемических инсультах, но и после перенесенных геморрагических инсультов или субарахноидальных кровоизлияний).

F01.9 — Сосудистая деменция неуточненная не является клиническим диагнозом, используется для статистического учета неуточненных случаев сосудистой деменции.

3. Деменция при других болезнях, классифицированных в других разделах (например, болезнь Пика, G31.0+, деменция с тельцами Леви G31.8+, болезнь Паркинсона, G20+).

Коды F02.-* - не являются самостоятельными, не употребляются в МСС.

4. Сенильная деменция, не классифицированная в других рубриках (код G31.1+); вторым кодом может быть выставлена деменция неуточненная (код F03*). Данную рубрику следует использовать после исключения болезни Альцгеймера и других известных нейродегенеративных заболеваний.

5. Дефицитарные органические психические расстройства (код F04).

Если в МСС отображена причина, классифицированная в рубриках F01 (сосудистая деменция) или F03 (деменция неуточненная), и эти состояния явились следствием какого-либо из указанных в свидетельстве цереброваскулярных заболеваний (I60–I69), то в качестве первоначальной причины смерти выбирают состояния, обозначенные в рубрике F01. В МСС обязательно должны быть записаны эти состояния в правильной логической последовательности, а диагноз «деменция» должен быть установлен и уточнен врачом-психиатром. Неправильным является указание деменции (F01; F03) одной строкой без указания логической последовательности, а также выбор деменции (F01; F03) в качестве первоначальной причины смерти вне связи с цереброваскулярными болезнями. То есть в I части пункта 22 МСС должны быть заполнены строки а), б) и в). В строке в) должно быть указано цереброваскулярное заболевание (I67.8), в строке б) — деменция (F01.1) с подчеркиванием, как первоначальная причина смерти, а в строке а) – осложнение, например, внебольничная пневмония (J18.9), как непосредственная причина смерти. Коды со звездочкой при формулировке посмертного диагноза не используются.

Пример 41

Клинический диагноз

Основное заболевание: I67.3 Болезнь Бинсвангера. Сосудистая атеросклеротическая деменция.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 2. Гипертрофия левого желудочка. Гипертензивная нефропатия. ХБП 3А стадии. СКФ = 55 мл/мин/1,73м² от ... (дата). Риск 4.

Осложнения: Центральный спастический тетрапарез от ... (дата). Множественные пролежни крестцовой области, спины. Двусторонняя застойная полисегментарная пневмония неуточненной этиологии. Респираторный дистресс-синдром взрослого.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Новообразование правой доли печени, S_v (диаметр 3 см). Хронический простатит.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия (болезнь Бинсвангера): множественные ишемические инфаркты в белом веществе обоих полушарий головного мозга с перифокальной неравномерно выраженной лейко-лимфоцитарной и макрофагальной инфильтрацией, ишемические инфаркты в белом и сером веществе в области базальных ядер, очаги глиоза, выраженное утолщение стенок артерий и артериол за счет склероза меди и с полной облитерацией просветов части сосудов, умеренные периваскулярные лимфоидные инфильтраты.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек. Гипертрофия левого желудочка (масса сердца 420 г, толщина миокарда левого желудочка — 1,8 см). Нефропатия гипертензивная (артериологломерулосклероз). ХБП 3А стадии. СКФ = 55 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения основного заболевания: Центральный спастический тетрапарез (по клиническим данным). Множественные пролежни крестцовой области, спины. Двусторонняя застойная полисегмен-

тарная пневмония неуточненной этиологии. Респираторный дистресс-синдром взрослого. Острая почечная недостаточность. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: Хронический простатит, вне обострения. Кавернозная гемангиома S_v правой доли печени.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Дистресс-синдром респираторный у взрослого (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	24 часа	J	8	0	.	
	б) Пневмония застойная (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	20 суток	J	1	8	.	2
	в) Бинсвангера болезнь (первоначальная причина смерти указывается последней)	неизвестно	I	6	7	:	3
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
	Гипертензивная болезнь почек с поражением сердца с сердечной недостаточностью	25 лет	I	1	3	.	0

Пример 42

Клинический диагноз

Основное заболевание: G30.1 Болезнь Альцгеймера, поздняя форма, глубокая деменция.

Осложнения: Алиментарная кахексия. Правосторонняя полисегментарная пневмония с локализацией в S4-5, S7-8, S10, неуточненная. Гнойный бронхит. Дыхательная недостаточность III степени (клинически).

Сопутствующие заболевания: Миома матки субсерозная.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Болезнь Альцгеймера, поздняя форма, деменция (по клиническим данным).

Осложнения: Кахексия алиментарная (ИМТ = 15). Правосторонняя полисегментарная серозно-фибринозная долевая пневмония средней и нижней долей. Острый гнойный бронхит. Острая респираторная недостаточность (клинически). Отек головного мозга. Отек легких.

Сопутствующие заболевания: Множественная лейомиома матки субсерозная, интрамуральная.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Недостаточность респираторная (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	6 часов	R	0	6	.	8
	б) Пневмония застойная (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	10 суток	J	1	8	.	2
	в) Альцгеймера болезнь поздняя	7 лет	G	3	0	:	1

	(первоначальная причина смерти указывается последней)						
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

2.6. Другие ЦВЗ

(коды I67.0–I67.0, I68.0*–I68.8*)

В этом разделе рассматриваются редкие причины острых и хронических поражений мозга сосудистого генеза, кроме кодов I67.3 (болезнь Бинсвангера), I67.4 (острая гипертензивная энцефалопатия) и I67.8 (хроническая ишемия мозга), которые отдельно разобраны выше.

Расслоение мозговых артерий без разрыва (код I67.0), или диссекция артерий. Расслоение мозговых артерий без разрыва — это редкая причина инсульта (менее 2 %), чаще возникает у молодых пациентов, но если данное состояние явилось причиной ОНМК, то этот код ставится вторым, первым должен быть I60–I63. В случае отсутствия клиники инсульта и нейровизуализационных признаков кровоизлияния и/или ишемии, при верификации диагноза с помощью УЗИ, КТ-ангиографии, МР-ангиографии или рентгеновской ангиографии, этот код может быть использован самостоятельно.

Аневризма мозга без разрыва (код I67.1), или неразорвавшаяся аневризма мозговых сосудов. Аневризма мозга без разрыва в случае ее большой величины может вызвать очаговую неврологическую симптоматику (зависит от локализации, чаще всего — периферическое поражение глазодвигательных нервов). Выявляется чаще всего после проведенной по другому поводу МРТ или КТ головного мозга, МР- или КТ-ангиографии. Код используется для планового хирургическо-

го выключения неразорвавшейся аневризмы из кровотока (эмболизация или клипирование).

Церебральный атеросклероз (атерома артерий мозга, код I67.2). Как уже отмечалось, не является самостоятельным заболеванием, используется только для обозначения этиологии цереброваскулярного заболевания при множественном кодировании или в случае, когда отсутствуют четкие клинические проявления и нет данных о наличии стеноза или окклюзии мозговых сосудов (тогда становится непонятным, есть ли заболевание вообще). В случае появления клиники кодировка должна осуществляться по кодам I65–I66, а при клинике инсультов или хронической ишемии — по правилам их кодировки.

Болезнь Мойя-Мойя (код I67.5) является редким заболеванием неясной этиологии с характерной облитерацией крупных интракраниальных сосудов и развитием коллатеральной сети. Диагностика осуществляется по выявлению характерной ангиографической картины в виде «сигаретного дыма». Относится к редким причинам инсульта, но в случае ОНМК кодировка должна проводиться по правилам кодирования инсультов, а код I67.5 выступает в качестве второго, дополнительного.

Негнойный тромбоз внутричерепной венозной системы (код I67.6) включает негнойный тромбоз вен мозга или/и внутричерепных венозных синусов. Данная рубрика применяется, если на фоне венозных тромбозов не сформировались очаги кровоизлияния или ишемии; в случае их формирования применяется код I63.6 в рубриках ОНМК.

Церебральный артериит, не классифицированный в других рубриках (код I67.7). Данную рубрику можно использовать для кодирования как первичного изолированного ангиита ЦНС (редкое заболевание, при котором изолированно страдают средние и мелкие сосуды головного мозга), так и других церебральных васкулитов (в этом случае данный код используется в качестве второго уточняющего). В случае ОНМК он также не может быть применен, как первый.

Цереброваскулярная болезнь неуточненная (код I67.9), данный код не должен быть использован в клинических и патологоанатомических диагнозах, соответственно, применяется только в статистике

для обозначения случаев ЦВБ, не получавших медицинской помощи при жизни и при отсутствии данных аутопсии.

В рубрике I68* все коды — со звездочками, то есть являются дополнительными или уточняющими.

Церебральная амилоидная ангиопатия (код I68.0*) не является самостоятельным заболеванием, код может быть применен вторым при использовании кода E85...+.

Церебральный артериит при инфекционных и паразитарных заболеваниях, классифицированных в других рубриках (код I68.1*). Как следует из названия, также не является самостоятельным, применяется вторым при использовании кодов A32.8+ (листериозный артериит), A52.0+ (сифилитический артериит) и пр.

Церебральный артериит при других болезнях, классифицированных в других рубриках (код I68.2*). Данный код применяется как второй, уточняющий при многочисленных ангиитах сосудов головного мозга. Например, при болезни Бюргера I73.1+, узелковом периартериите M30.0+, полиартериите с поражением легких (синдром Черджа–Стросса) M30.1+, гиперчувствительном артериите (синдром Гудпасчера) M31.0+, гранулематозе Вегенера M31.3+, синдроме дуги аорты Такаясу M31.4+ и других системных заболеваниях.

Другие поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках (код I 68.8*). В данной рубрике первым может кодироваться диагноз мышечной и соединительнотканной дисплазии артерий (код I 77.3+) и др.

Коды со звездочкой при формулировке посмертного диагноза не используются.

2.7. Другие близкие состояния (старость, болезнь и синдром Паркинсона и пр.)

Термин «Старость» (код R54) относится к неточно обозначенным состояниям, поэтому использовать его в окончательных диагнозах не рекомендуется. Данное состояние не может быть выбрано в

качестве первоначальной причины смерти при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках.

Критериями использования кода R54 «Старость» в качестве первоначальной причины смерти являются:

- смерть без оказания медицинской помощи;
- отсутствие подозрений на насильственную смерть (обязателен полный осмотр трупа);
- возраст 80 лет и старше (то есть свыше 80 лет, 11 месяцев и 29 дней);
- отсутствие у умершего в течение всей жизни указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть. При этом отсутствие записей в медицинской документации или самой этой документации не является основанием для заключения об отсутствии заболеваний.

В любом случае этой кодировки нужно избегать, а умершие на дому должны направляться на судебно-медицинское вскрытие.

Близки к этим критериям условия диагностики «Сенильной дегенерации головного мозга, не классифицированной в других рубриках» (G31.1), когда на вскрытии выявляются только атрофические изменения головного мозга без стенозирующего атеросклероза его артерий, артериальной гипертензии и сахарного диабета, других заболеваний, после исключения болезни Альцгеймера и других видов деменции по данным медицинской карты или при ее отсутствии.

Синдром Паркинсона также может быть обусловлен ишемическим (атеросклеротическим) поражением головного мозга (код G21.4 из класса «Болезни нервной системы»). В этом случае в клиническом диагнозе (не в посмертном и не в МСС) возможна двойная кодировка с первым кодом сосудистого заболевания (I67.8+), вторым — синдромом паркинсонизма G21.4*. Наоборот, если деменция является проявлением болезни Паркинсона, то двойная кодировка будет выглядеть так: первым кодом — болезнь Паркинсона (код G20+), вторым — вид деменции (код F02.3*).

Достаточно условно в группу ЦВБ иногда включают синдром пострелаксационной (постгипоксической) энцефалопатии, которая

иногда может выступать в диагнозе в виде нозологической единицы (код G31.8).

Пример 43

Клинический диагноз

Основное заболевание: G31.1 Сенильная дегенерация головного мозга. Осложнения: Алиментарная кахексия. Пролежни крестца II–III стадии. Внутрибольничная двусторонняя полисегментарная бронхопневмония, тяжелое течение, дыхательная недостаточность II. Синдром системной воспалительной реакции. Острая сердечная недостаточность, асистолия ... (дата).

Сопутствующие заболевания: Миома матки.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Сенильная дегенерация головного мозга. Атеросклероз артерий головного мозга нестенозирующий (2-я степень, II стадия, стеноз менее 25 %). Атрофия коры больших полушарий головного мозга (масса головного мозга 880 г, толщина серого вещества коры — 1 мм, внутренняя гидроцефалия).

*Осложнения: Алиментарная кахексия (ИМТ = 16.1). Пролежни крестца II–III стадии. Внутрибольничная двусторонняя полисегментарная гнойная пневмония с формированием абсцессов бактериальной этиологии — *Staphylococcus aureus* (результат бактериологического исследования фрагмента легочной ткани № ..., от ... дата), тяжелое течение. Сепсис (результат бактериологического исследования крови из полости правого желудочка сердца № ..., от ... дата - обильный рост *Staphylococcus aureus*), тяжелое течение. Острая почечная, печеночная, сердечная, недостаточность. Отек легких. Отек головного мозга.*

Сопутствующие заболевания: Лейомиома матки множественная.

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Сепсис стафилококковый, вызванный <i>Staphylococcus aureus</i> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	7 суток	A	4	1	.	0
	б) Пневмония бактериальная уточненная (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	14 суток	J	1	5	.	8
	в) Дегенерация сенильная головного мозга (первоначальная причина смерти указывается последней)	6 лет	G	3	1	:	1
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Глава 3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ

3.1. Последствия цереброваскулярных болезней (коды I69)

Согласно рекомендациям МЗ РФ от 2011 и 2013 годов, последствия цереброваскулярных болезней (коды I69) используются только для регистрации летальных исходов. Последствия цереброваскулярных болезней существуют в течение года и более с момента возникновения острой формы заболевания, включают в себя различные состояния, классифицированные в других рубриках. Они могут явиться первоначальной причиной смерти, но не непосредственной причиной смерти. Например, последствия ишемических инсультов в виде грубого псевдобульбарного паралича и деменции могут привести к кахексии и гипостатической пневмонии. Пневмония (J18.2) здесь будет выступать в роли непосредственной причины смерти, а последствия перенесенных инсультов (I69.3) — первоначальной причиной, код подчеркнут в строке б) I части пункта 22 МСС.

Согласно правилам МКБ-10, в статистике заболеваемости не следует использовать рубрику последствий, а необходимо указывать конкретные состояния, которые явились следствием острых форм цереброваскулярных болезней, например, энцефалопатия, паралич и т. д. При этом минимальный промежуток времени не установлен.

Несмотря на название рубрики «Последствия цереброваскулярных болезней», она включает в себя последствия только острых нарушений мозгового кровообращения:

I69.0 — Последствия субарахноидального кровоизлияния

I69.1 — Последствия внутримозгового кровоизлияния

I69.2 — Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния

I69.3 — Последствия инфаркта мозга

I69.4 — Последствия инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт

I69.8 — Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней.

Значительные затруднения появляются перед врачом при кодировке посмертных диагнозов пациентов, перенесших инсульты более месяца назад. Нет единого мнения по этому поводу, а регламентирующие документы зачастую противоречат друг другу. По одним документам, в статистике летальности (смертности) в качестве первоначальной причины используются только коды острых форм (рубрики I60–I64) и последствий цереброваскулярных болезней (рубрика I69); в исключительных случаях возможно применение рубрики хронических форм ЦВБ (рубрика I67). По другим документам, при необходимости выбора между хронической ишемией головного мозга (код I68.7) и последствиями цереброваскулярных болезней (коды рубрики I69...) указывается диагноз хронической ишемии головного мозга (дисциркуляторной энцефалопатии). Вероятно, в этой ситуации нужно исходить из соображений здравого смысла: если в конкретном клиническом случае пациент перенес несколько инсультов, отсутствуют четкие указания на их даты, неврологический дефицит или не было госпитализации с уточняющими обследованиями, целесообразнее диагностировать хроническую ишемию мозга и кодировать в рубрике I67.8. Если был четко документированный инсульт, который привел к каким-либо верифицированным при жизни неврологическим или нейропсихологическим расстройствам, которые, в свою очередь, явились причиной непосредственной причиной смерти (деменция, кахексия, эпилептический статус, бактериальный «пролежневый» сепсис и др.), целесообразнее в этом случае применять код последствий цереброваскулярных болезней из рубрики I69.

Пример 44

Клинический диагноз

Основное заболевание: I69.1 Последствия перенесенного геморрагического инсульта от ... (дата), симптоматическая эпилепсия в виде

частых билатеральных судорожных приступов, левосторонняя гемиплегия, дизартрия, неглект, грубые когнитивные расстройства.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ 3. Гипертрофия левого желудочка. Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный гемоглобин менее 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Нефросклероз. ХБП 2 стадии. СКФ = 66 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония неуточненной этиологии, тяжелая, дыхательная недостаточность III степени (клинически). Отек легких.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): ИВЛ мешком Амбу, непрямой массаж сердца, фармакоподдержка.

Сопутствующие заболевания: ИБС: ПИКС неуточненной давности.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Последствия перенесенного внутримозгового нетравматического кровоизлияния от ... (дата): бурая киста в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ... артерии до 50 %).

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (толщина миокарда левого желудочка — 1,9 см, правого желудочка — 0,3 см, масса сердца 510 г). Сахарный диабет 2 типа, гликированный гемоглобин менее 8,0 %. Нефропатия смешанного генеза (гипертензивная, диабетическая). Артериолонефросклероз, очаговый фокально-сегментарный склероз капиллярных петель клубочков. ХБП 2 стадии. СКФ = 66 мл/мин/1,73м² от ... (дата).

Осложнения: Двусторонняя полисегментарная серозно-фибринозная пневмония бактериальной этиологии (результат бактериологического исследования № ..., от ... (дата)), тяжелая. Двусторонний серозный плеврит (слева 280 мл, справа 170 мл). Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Отек легких.

Реанимационные мероприятия от ... (дата, время): непрямой массаж сердца, в/в адреналин.

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка (размеры очага 0,9x1x1,1 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (2-я степень, III стадия, степень стеноза до 75 %). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

Пункт 22. Причины смерти		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I.	а) Отек легкого (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	24 часа	J	8	1		
	б) Пневмония бактериальная уточненная (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	10 суток	J	1	5	.	8
	в) Последствия кровоотечения внутримозгового (первоначальная причина смерти указывается последней)	7 лет	I	6	9	:	1
	г) (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II.	Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не свя-						

занные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
Болезнь гипертоническая	25 лет	I	1	0		
Диабет сахарный с поражением почек	более 20 лет	E	1	4	.	2

3.2. Правила заполнения п. 22 МСС

Порядок заполнения п. 22 МСС регламентирован приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».

Следует обратить внимание на п. 6 порядка выдачи, который предусматривает, что «медицинское свидетельство о смерти оформляется (формируется) следующими медицинскими работниками:

- после патологоанатомического вскрытия — врачом-патологоанатомом;
- после проведения судебно-медицинской экспертизы или судебно-медицинского исследования трупа — врачом судебно-медицинским экспертом;
- на основании записей в медицинской документации — врачом (фельдшером, акушеркой), установившим смерть;
- во всех остальных случаях на основании предшествовавшего наблюдения за пациентом — лечащим врачом.

Выдача МСС без проведения патологоанатомического вскрытия регламентирована Федеральным законом от 21.11.2021 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и не всегда зависит от мнения родственников умершего. В соответствии со статьей 3 этого Федерального закона, «...по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных брать-

ев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патологоанатомическое вскрытие может не производиться, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
 - б) рождения мертвого ребенка;
 - 7) необходимости судебно-медицинского исследования».

Врачи-патологоанатомы и врачи судебно-медицинские эксперты не могут выдавать МСС без проведения вскрытия.

Другие медицинские специалисты, указанные выше, могут выдавать МСС без вскрытия, однако в этих случаях должны быть соблю-

дены основания для оформления МСС по данным первичной медицинской документации.

К этим основаниям относятся:

1. Наличие в первичной медицинской документации установленного, а в случае злокачественного новообразования — верифицированного диагноза заболевания, послужившего первоначальной причиной смерти;

2. Наличие диспансерного или динамического наблюдения за умершим в последнюю неделю перед смертью;

3. Наличие смертельных осложнений, зарегистрированных или подтвержденных с помощью «вербальной аутопсии»;

4. Отсутствие признаков насильственной смерти при осмотре трупа.

При отсутствии записей в первичной медицинской документации посмертный диагноз основного заболевания не может быть установлен на основании осмотра трупа. В этом случае должно быть проведено патологоанатомическое, а при подозрении на насильственную смерть, судебно-медицинское исследование трупа.

Ответственность за констатацию случая смерти, установление причин смерти и выдачу МСС несет врач (фельдшер, акушерка), оформивший МСС.

МСС — юридический документ, который выдается только на основании записей в первичной медицинской документации и должен им полностью соответствовать.

Для получения медицинской информации об умершем пациенте используют:

- данные электронной медицинской карты;
- данные бумажного носителя медицинской карты (при наличии);
- данные вербальной аутопсии, записанные в медицинской карте.

Следует отметить, что в функции врачебной комиссии не входит проверка правильности кодирования и выбора первоначальной причины смерти — это целиком прерогатива лечащего врача или врача, заполняющего МСС. Поэтому в каждой медицинской организации

должен быть назначен специалист, ответственный за кодирование причин смерти в данной медицинской организации, который должен контролировать правильность оформления МСС, кодирования и выбора первоначальной причины смерти. Чаще всего эти функции возложены на специалистов службы медицинской статистики, которые отвечают за достоверность информации о смерти и ее соответствии правилам МКБ-10.

Заполнение МСС врачом или фельдшером производится по определенным правилам. Они подробно изложены в письме Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 января 2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» и приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2021 г. №352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи». Следует остановиться только на особенностях заполнения п. 22 МСС и п. 10 корешка МСС (раздел «Причины смерти»). Они должны заполняться на основании первичной медицинской документации — «посмертного эпикриза», в заключительной части которого должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический или патологоанатомический диагноз с осложнениями, фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания. Эти пункты состоят из двух частей (I и II), в I части выделены строки а), б), в) и г).

В каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления.

Заполнение части I пункта 22 МСС производится в обратной последовательности к основному заболеванию и его осложнениям: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1–2 осложнения, из которых составляют «логическую последовательность» и записывают их на

строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для МСС и в другом порядке, начиная с непосредственной причины.

Часть II пункта 22 зачастую игнорируется при оформлении МСС. Между тем, она должна включать прочие причины смерти — это те важные заболевания и состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали ее наступлению. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (негативно влияли на течение основного заболевания и тем самым ускорили наступление летального исхода). Это ряд болезней, таких, как гипертоническая болезнь, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, сахарный диабет, которые являются фоновыми по отношению к основному, а также второе конкурирующее или сочетанное заболевание. В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Не рекомендуется включать в Свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в МСС кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания. В

графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях). После заполнения всех необходимых строк пункта 22 МСС необходимо присвоить код всем записанным состояниям и найти первоначальную причину смерти, которая должна быть подчеркнута. Это должна быть самая нижняя из заполненных строк в части I пункта 22.

Если МСС заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке части I, а непосредственная — на самой верхней строке части I.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайратьянц, О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М.: ООО «МИА», 2011. – 576 с. ISBN: 978-5-8948-1881-8.
2. Инсульт. Руководство для врачей /под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «МИА», 2018. – 488 с. ISBN 978-5-6040008-6-1.
3. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации /под ред. Д.Р. Хасановой, В.И. Данилова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 352 с. ISBN 978-5-9704-4606-5.
4. Какорина, Е.П., Александрова, Г.А., Франк, Г.А., Мальков, П.Г., Зайратьянц, О.В., Вайсман, Д.Ш. Порядок кодирования причин смерти при некоторых болезнях системы кровообращения/ Е.П. Какорина, Г.А. Александрова, Г.А. Франк, П.Г. Мальков и др. // Архив патологии. – 2014, 76(4). – С. 45–52.
5. Парфенов, В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства / В.А. Парфенов. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2017. – 128 с. ISBN 978-5-904356-32-3.
6. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. Пальцева М.А., Кактурского Л.В., Зайратьянца О.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.
7. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти: Класс IX. Болезни системы кровообращения. Часть 3. Цереброваскулярные болезни. Методические рекомендации № 51. Под ред. О.В. Зайратьянца, Е.Ю. Васильевой, Л.М. Михалевой, А.С. Оленева, С.Н. Черкасова, А.Л. Черняева, Н.А. Шамалова, А.В. Шпектора. М.: Издательство, 2019. – 53 с.
8. Правила формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10: руководство для врачей / В.А. Клевно, О.В. Зайра-

- тьянц, Ф.Г. Забозлаев [и др.]; под ред. В.А. Клевно, О.В. Зайратьянца. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 656 с.: ил. – DOI: 10.33029/9704-7112-8-ICD10-2023-1-656.
9. Самородская, И.В., Андреев, Е.М., Зайратьянц, О.В., Косивцова, О.В., Какорина, Е.П. Показатели смертности населения старше 50 лет от цереброваскулярных болезней за 15-летний период в России и США/ И.В. Самородская, Е.М. Андреев, О.В. Зайратьянц и др. //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017; 9(2). – С 15–24. DOI: 10.14412/2074-2711-2017-2-15-24.
 10. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. – М: ООО «МИА», 2010. – 250 с. ISBN: 978-5-8948-1843-6.
 11. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г. Малькова, Л.В. Кактурского. – М.: «Практическая медицина», 2016. –20 с. ISBN 978-5-98811-387-4.

Законы, приказы и письма МЗ РФ

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. /ВОЗ. Женева, 1995–1998. Т 1-3.
2. Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» ОСТ ТО 91500.01.0005-2001, введен 01. 02.2001.
3. Письма Минздрава России:
 - от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»;
 - от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»;
 - от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»;
 - от 19.12.2014 г. № 13-2/1750 «Использование термина "Старость"»;

- от 05.10.2015 г. № 13-2/1112 «О кодировании состояний "Деменция" и "Старость" в качестве первоначальной причины смерти».
4. Порядок оформления медицинских документов о смерти в случае отсутствия патологоанатомического вскрытия. Методические рекомендации №8-22 от 27.07.2022 ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ.
 5. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».
 6. Приказ Минздрава России от 07.08.1998 г. № 241 «О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в связи с переходом на МКБ-10».
 7. Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
 8. Приказ Минздрава России от 27.05.1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на МКБ-10».
 9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 апреля 2021 г. №352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи».
 10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. Общие понятия. Диагноз и его структура.	
Основные принципы формулировки диагноза	7
Глава 2. Цереброваскулярные болезни	20
2.1. Классификация цереброваскулярных болезней	20
2.2. Цереброваскулярные болезни и их коды по МКБ-10	22
2.3. Острые нарушения мозгового кровообращения	23
2.3.1. Транзиторная ишемическая атака	23
2.3.2. Инсульты	27
2.3.2.1. Геморрагический инсульт (нетравматическое кровоизлияние)	28
2.3.2.2. Ишемический инсульт (ишемический инфаркт головного мозга)	44
2.3.3. Общие принципы формулировки клинического диагноза ОНМК	54
2.3.4. Случаи смерти, при которых острые нарушения мозгового кровообращения рассматриваются как осложнения	66
2.4. Хроническая ишемия мозга	97
2.5. Деменция	104
2.6. Другие ЦВЗ	110
2.7. Другие близкие состояния (старость, болезнь и синдром Паркинсона и пр.)	112
Глава 3. Особенности формулировки диагноза при хронических цереброваскулярных болезнях	116
3.1. Последствия цереброваскулярных болезней (коды I69) ..	116
3.2. Правила заполнения п. 22 МСС	120
Список литературы	126

Учебное издание

Составители:

Плотников Денис Маркович, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, врач невролог кабинета эпидемиологического мониторинга РСЦ ОГАУЗ «ТОКБ».

Вторушин Сергей Владимирович, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, заведующий патологоанатомическим отделением клиник ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ.

Крахмаль Надежда Валерьевна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, врач патологоанатом патологоанатомического отделения клиник ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ.

Неклюдов Алексей Андреевич, ассистент кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО СибГМУ МЗ РФ, заместитель начальника по экспертной работе ОГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Томской области».

**ПРАВИЛА
ФОРМУЛИРОВКИ И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10 ДИАГНОЗА
И ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Редактор Е.В. Антошина
Технический редактор И.Г. Забоенкова
Обложка И.Г. Забоенкова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: izdatelstvo@ssmu.ru

Подписано в печать 20.07.2024 г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 7. Авт. л. 5
Тираж 100 экз. Заказ № 26

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru