

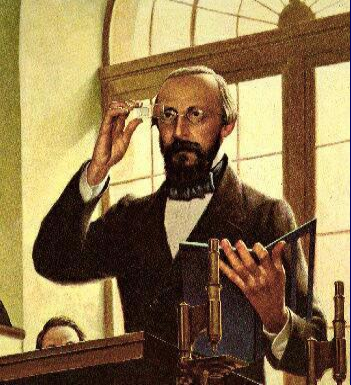
ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

**ГБОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ
ГБОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И.ЕВДОКИМОВА»
МИНЗДРАВА РОССИИ
ФГБОУВО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М.В.ЛОМОНОСОВА»
ФГБНУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Клинические рекомендации

Москва - 2015



ДИАГНОЗ

**Диагноз (от греч. — распознать) — это краткое
врачебное заключение о патологическом
состоянии здоровья обследуемого, об
имеющихся у него заболеваниях (травмах) или
о причине смерти, оформленное в
соответствии с действующими стандартами и
выраженное в терминах, предусмотренных
действующими классификациями и
номенклатурой болезней**

На основании анализа диагнозов делается заключение о качестве оказания медицинской помощи, решаются юридические вопросы и вопросы страховой медицины, формируется статистика заболеваемости и смертности

Единые требования к формулировке диагноза

Диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным;
- структурно оформленным в виде 3-х унифицированных рубрик;
- нозологическим, соответствовать требованиям МКБ и номенклатуре болезней (с учетом особенностей отечественных классификаций);
- развернутым, патогенетическим, содержать дополнительную интранозологическую характеристику патологических процессов;
- клинический - своевременным

Соблюдение этих правил должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей

В процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться, причем неоднократно

Не допускается указание в качестве основного заболевания тех нозологических единиц, которые были диагностированы на более ранних этапах оказания медицинской помощи и не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса или, в случае летального исхода, не явились причиной смерти

Обязательному патологоанатомическому вскрытию

подлежат тела умерших в случаях:

- если нет возможности документального и точного установления диагноза основного заболевания (первоначальной причины смерти) или его смертельного осложнения (непосредственной причины смерти) вне зависимости от длительности пребывания пациента в стационаре;
- пребывания умершего пациента в стационаре менее одних суток;
- смерти, связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий (если не назначена судебно-медицинская экспертиза (исследование));
- смерти во время или после операции переливания крови и (или) её компонентов (если не назначена судебно-медицинская экспертиза (исследование));
- смерти от острой хирургической патологии или при подозрении на нее;
- смерти во время или после проведения диагностических, инструментальных, анестезиологических и хирургических мероприятий;

- смерти от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
- смерти от онкологического заболевания при отсутствии гистологической (биопсийной, но не цитологической) верификации опухоли;
- смерти от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф (если не назначена судебно-медицинская экспертиза (исследование));
- смерти беременных, рожениц и родильниц (включая последний день позднего (1 год) послеродового периода);
- смерти детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
- рождения мертвого ребенка;
- при наличии письменного заявления умершего лица или его законных представителей о необходимости проведения патологоанатомического вскрытия

В вышеуказанных случаях, отмена патологоанатомического вскрытия не допускается.

Обязательному судебно-медицинскому вскрытию подлежат тела умерших в случаях:

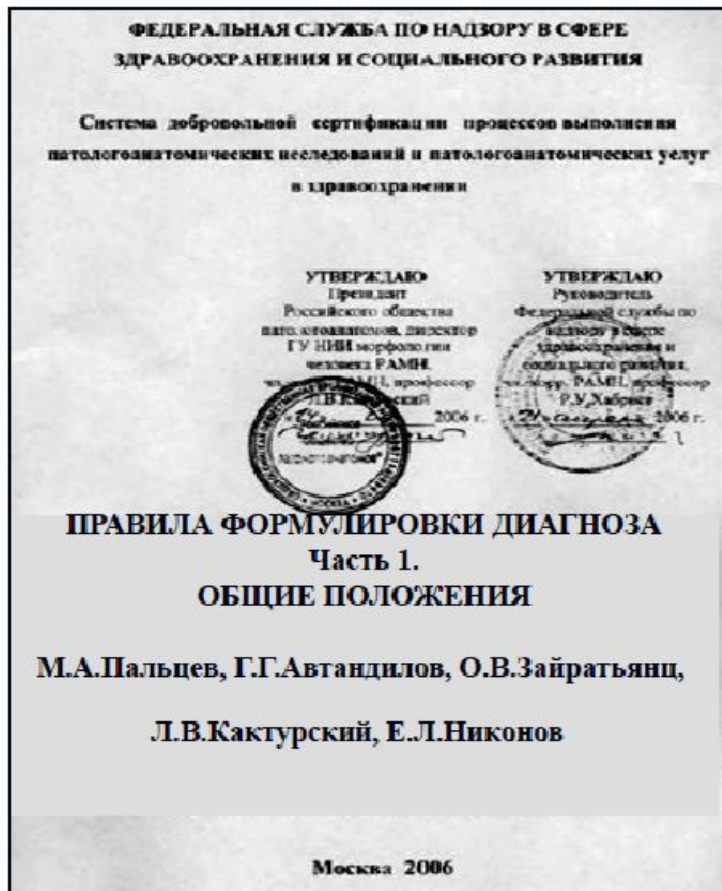
- смерти больного в стационаре от насильственных причин или подозрений на них, независимо от времени пребывания больного в учреждении здравоохранения;
- от механических повреждений, от механической асфиксии, от воздействия крайних температур, электричества, от отравлений, в том числе, острого отравления алкоголем и его суррогатами;
- от передозировки или непереносимости лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- после искусственного аборта, в том числе, проведенного вне медицинской организации, либо при подозрении на прерывание беременности (криминальный аборт);
- при невозможности установить личность умершего лица, труп подлежит судебно-медицинскому вскрытию (исследованию).
- все умершие в стационарах негосударственных лечебных учреждений.

Рубрики диагноза

Приказ МЗ СССР № 4 от 03.01.1952 г., Приложение 7

Стандарты Росздравнадзора «Правила формулировки диагноза», 2006

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



1. Основное заболевание

2. Осложнения основного
заболевания

3. Сопутствующие
заболевания

Приказ МЗ РФ № 398 от 04.12.1996 г. «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» - врачам-патологоанатомам и судебно-медицинским экспертам кодировать по МКБ медицинскую документацию результатов вскрытий

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



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

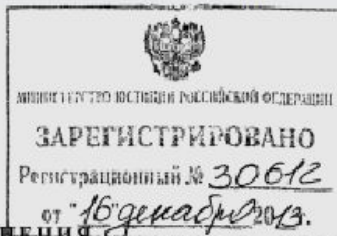
П Р И К А З

6 июня 2013 г.

№ *354н*

Москва

О порядке проведения
патолого-анатомических вскрытий



Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания: _____

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** (термин предложен A.R.Feinstein в 1970 г. Особо подчеркивается, что поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с *местными правилами* .

В 1971 г. Г. Г. Автандиловым с целью учета и анализа смертности по множественным причинам было предложено понятие *комбинированное основное заболевание* на основе выделения моно-, би- и мультикаузального типов диагнозов

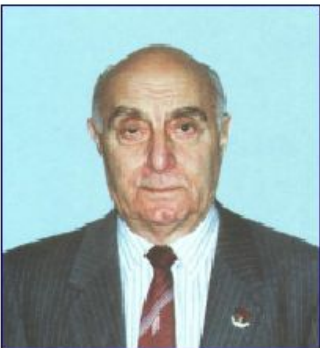
Комбинированное основное заболевание

Методические рекомендации МЗ СССР (1987) «Правила оформления медицинской документации ПАО (секционный раздел работы)»
Стандарты Росздравнадзора «Правила формулировки диагноза», 2006

Комбинированное основное заболевание в России предложено Г.Г.Автандиловым в 1971 году

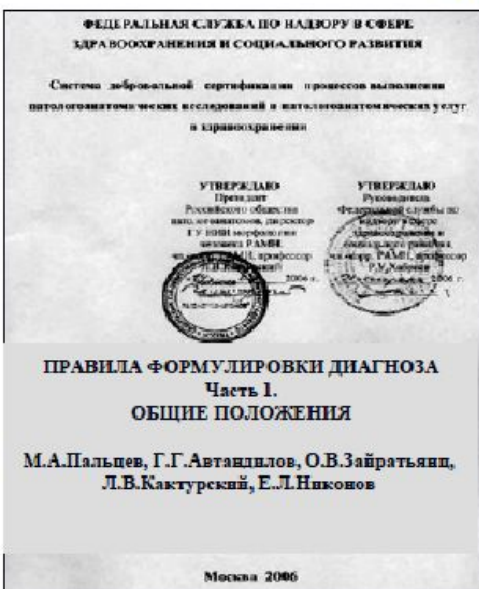
1. Конкурирующие,
2. Сочетанные,
3. Основное и фоновое заболевания

Положения разработаны совместно с А.В.Смольянниковым, О.К.Хмельницким, А.М.Вихертом и др.



Комбинированное основное заболевание необходимо для соблюдения патогенетических принципов и объективного заполнения части II медицинского свидетельства о смерти в соответствии с МКБ-10

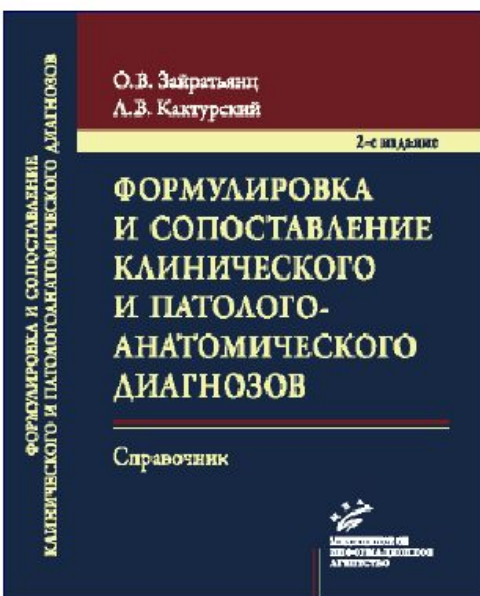
Рубрика «Основное заболевание»



Конкурирующие заболевания – нозологические единицы (травмы), которыми одновременно страдал умерший, каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти

Сочетанные заболевания – нозологические единицы (травмы), которыми одновременно страдал умерший, взаимно отягощали друг друга и привели к смерти, причем каждое в отдельности не вызвало летального исхода

Фоновое заболевание – этиологически не связано с основным, но включилось с ним в общий патогенез, явилось одной из причин его развития, отягощало течение и способствовало возникновению смертельных осложнений, приведших к летальному исходу



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

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как *прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти*. В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) целесообразно указывать как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания (состояния) **в дополнительной рубрике после рубрики основное заболевание**. Они должны иметь *общие осложнения* с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

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

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

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

Патологоанатомический диагноз

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

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

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

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

в) —.

г) —.

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

Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Основное заболевание: Алкогольная кардиомиопатия (I42.6).

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

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

Тромбоэмболия легочной артерии

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Тромбоэмболия легочной артерии

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

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

Рубрика «Основное заболевание»

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

Даже при такой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний). Потому 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 пришлась *наибольшая часть использованных ресурсов*

Не допускается в качестве основного заболевания указывать групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС), «Хроническая ишемическая болезнь сердца» (ХИБС), «Цереброваскулярная болезнь» (ЦВБ), «Опухоль» и др.

Не допускается употребление в любой рубрике диагноза терминов «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных артерий и органов

Не допускается представлять в диагнозе атеросклероз (артерий органов, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др.

Недопустимы неточные по существу и/или локализации термины:
«коронарокардиосклероз», «цирроз-рак печени», «рак гепато-дуоденальной зоны», «асцит-перитонит», «дистрофия внутренних органов» и т.д.

Наиболее частые фоновые заболевания

Для ишемических острых или хронических поражений органов:

- артериальная гипертензия (ГБ и вторичные АГ)
- сахарный диабет 1-го или 2-го типов

Для инфекционно-воспалительных заболеваний:

- сахарный диабет 1-го или 2-го типов,
- алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация,
- наркомания (хроническая),
- врожденные иммунодефициты и т.д.

При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие.

Рубрика «Осложнения основного заболевания»

Включает, в том числе, смертельное осложнение (всегда одно - непосредственную причину смерти – указывают в части I свидетельства о смерти)

Включает осложнения медицинских мероприятий (если они не становятся ятрогенным эквивалентом основного заболевания)

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

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

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

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

Сопутствующие заболевания: Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария (I69.4). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 40% левой средней мозговой артерии), аорты (3-я степень, IV стадия). Субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечная недостаточность

б) Фибрилляция желудочков сердца

в) Острый инфаркт миокарда, переднебоковой и межжелудочковой

перегородки (I21.0).

г) —.

II. —.

Единые требования к формулировке диагноза

Рубрика «Сопутствующие заболевания» — это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не были непосредственно (этиологически, патогенетически) связаны с основным заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участия в танатогенезе. При этом по поводу сопутствующих заболеваний **могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия**

Сопутствующие заболевания **могут иметь осложнения** (например, ХПН при хроническом пиелонефрите), **но не могут иметь смертельных осложнений**

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти, не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, в статистике причин смерти *не используются*, и потому в медицинское свидетельство о смерти *не выносятся*.

Патологоанатомический диагноз

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

Осложнения основного заболевания. Фибринозный перикардит. Отек легких.

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

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I: а) Острая дыхательная недостаточность.

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

в) —.

г) —.

Часть II: —.

Патологоанатомический диагноз

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

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

Часть I. а) Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

б) Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I25.1).

в) —.

г) —.

Часть II. —.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы — всегда развернутые, комплексные, включающие все известные в данном конкретном случае клинико-лабораторные (для патологоанатомического диагноза, прежде всего, — морфологические) и другие данные

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

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (оперативного вмешательства, манипуляции 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

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**СИСТЕМА ДОБРОВОЛЬНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ ПРОЦЕССОВ ВЫПОЛНЕНИЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ
УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

УТВЕРЖДАЮ

Президент Российского общества
патологоанатомов,
директор ГУ НИИ морфологии человека РАМН,
чл.-корр. РАМН, профессор
Л.В. Кактурский

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере здравоохранения
и социального развития,
чл.-корр. РАМН, профессор
Р.У. Хабриев

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Часть 2

ЯТРОГЕНИИ

(ПАТОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

М.А. Пальцев, Г.Г. Автандилов, С.Л. Воробьев, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский,
В.Л. Коваленко, Г.Б. Ковальский, О.Д. Мишнев, Е.Л. Никонов, Н.И. Полянко,
М.Г. Рыбакова, В.Н. Кокшаров

«ЯТРОГЕНИЯ» И «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» - ПРИНЦИПИАЛЬНО РАЗЛИЧНЫЕ ПОНЯТИЯ



**И «ЯТРОГЕНИЯ» И
«ВРАЧЕБНАЯ
ОШИБКА» - НЕ
ЮРИДИЧЕСКИЕ
ПОНЯТИЯ**



ЯТРОГЕНИИ

В настоящее время термин **ятрогении**, согласно МКБ-10, понимается как любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившееся в результате как ошибочных, так и правильных действий врача.

Медицинская (врачебная) ошибка – профессиональная ошибка медицинского работника, **добросовестное заблуждение врача**, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или атипичного течения заболевания, или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживаются элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества; не является юридическим понятием, **не предусматривает ответственности и наказания врача**

**США – 10.000 ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК В ГОД,
ЗАТРАТЫ – СВЫШЕ 3000.000 ДОЛЛ.**



С точки зрения закона единственное основание для уголовной ответственности — состав преступления, предусмотренного Уголовным кодексом. В каждом случае, который называют «врачебной ошибкой» (с юридической точки зрения это очень широкое понятие), необходимо определить наличие или отсутствие состава преступления.

В УК РФ наиболее близкие статьи, касающиеся медицинской деятельности, когда речь идёт о врачебной ошибке:

- ст.109 (причинение смерти по неосторожности);
- ст.118 (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности);
- ст.124 (неоказание помощи больному).

Не следует забывать о том, что 3-я категория расхождения диагнозов часто стоит на грани врачебного преступления, за которое врач несет уголовную ответственность. Поэтому очень часто при ошибках такого характера родственники умерших подают жалобы, и по ним проводятся либо административное, либо уголовное расследование.

Медицинский работник не подлежит уголовной ответственности, если он в своей работе руководствовался обычаями медицинской практики (проверенными практикой непреложными истинами медицинской профессии, общепризнанными и общепринятыми правилами медицины, изложенными в источниках информации либо передаваемыми устно или наглядно между коллег по профессии).

Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в диагнозах в любых рубриках:

Ятрогении – первоначальные причины смерти:

РУБРИКИ «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» (1-е конкурирующее или сочетанное заболевания)

Ятрогении с существенной ролью в танатогенезе:

РУБРИКИ «Комбинированное основное заболевание» (2-е конкурирующее или сочетанное заболевания),

«Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» (смертельное осложнение – первоначальная причина смерти)

Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе:

РУБРИКИ «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)», «Сопутствующие заболевания».

В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» (на 1-м месте) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при:
передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;

непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;

случаях смерти:

от анафилактического шока;

во время наркоза и анестезии;

в результате профилактических медицинских мероприятий;

в результате косметических медицинских мероприятий

Заболевание или травма, по поводу которых производились медицинские мероприятия, вызвавшие развитие ятрогенного патологического процесса, указываются:

**либо как фоновое заболевание,
либо, после записи проявления ятрогенного патологического процесса и вида медицинского вмешательства, непосредственно в рубрике «Основное заболевание» («Комбинированное основное заболевания»)**

Вид медицинского вмешательства не может быть указан в диагнозе вместо ятрогенного патологического процесса, необходимо указать и патологический процесс и вид вмешательства

В основу кодирования (шифровки) ятрогенных патологических процессов в соответствии с требованиями МКБ-10 положен принцип двойного кодирования с учетом как характера (сущности) патологического процесса (коды I-XIX классов), так и причины развития ятрогении («внешней причины», коды XX класса).

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Случайная перфорация стенки правого предсердия внутрисосудистым концом катетера при катетеризации правой подключичной вены и проведении инфузии (T81.2, дополнительный код Y60.1).

2. Фоновое заболевание: Пневмония, вызванная парагриппом (2-ой серотип вируса парагриппа по данным посмертного иммунофлюоресцентного исследования, дата): двусторонняя интерстициальная пневмония, катаральный трахеобронхит (J12.2).

Осложнения основного заболевания:

Гидромедиастинум, тампонада полости перикарда инфузионной жидкостью. Остановка сердца.

T81.2. Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках

Y60. Случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры

Y60.0. При проведении хирургической операции

Y60.1. При проведении инфузии и трансфузии

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Анафилактический шок на внутривенное введение тубазида (Т 88.6, дополнительный код Y41.1).

2. Фоновое заболевание: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. МБТ+, фаза прогрессирования (A15.0.).

T88.6. Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство

Y41.1. Антимикобактериальные препараты

A15.0. Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание. Массивный двусторонний лучевой фиброз легких в результате послеоперационной лучевой терапии (число курсов, дозы, дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха (J70.1, дополнительный код Y88.2).

2. Фоновое заболевание. Узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (мелкоклеточный рак, биопсия №, дата) (T3N0M0). Операция правосторонней нижней лобэктомии (дата) (C34.3).

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

J70.1. Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиацией

Y88.2. Последствия несчастных случаев, связанных с применением медицинского оборудования в диагностических и терапевтических целях

Комбинированное основное заболевание.

1. Основное заболевание: Левосторонний гемоторакс (2 л), массивное геморрагическое пропитывание мягких тканей шеи, левой подключичной области, переднего средостения (около 1 л) вследствие повреждения стенок подключичных вены и артерии, ранения левого купола плевры при попытке пункции и катетеризации левой подключичной вены (T81.0, дополнительный код Y60.1).

2. Фоновое заболевание: Хронический алкоголизм (по данным истории болезни — консультация психиатра, дата) с полиорганными поражениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.2).

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (стадия): жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов. Острая постгеморрагическая анемия (Hb крови — клинически, дата). Острое общее малокровие.

T81.0. Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках

Y60.1. При проведении инфузии и трансфузии

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Асфиксия во время общего наркоза вследствие неправильного положения эндотрахеальной трубки (характер дефекта расположения трубки, время наркоза) во время операции аппендэктомии (Т88.4, дополнительный код Y65.3).

2. Фоновое заболевание: Острый деструктивный аппендицит (гистологический диагноз, биопсия №, дата) (K53).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие, жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов, точечные кровоизлияния в плевру и перикард.

T88.4. Безуспешная или трудная интубация

Y65.3. Неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

Правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, а также их сличения едины для врачей-патологоанатомов и лечащих врачей. Сличение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проводится по всем рубрикам: по основному заболеванию, осложнениям и сопутствующим заболеваниям.

Понятия «совпадение» или «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сличения рубрик «Основное заболевание» (или «Комбинированное основное заболевание»). При этом сопоставляются все нозологические формы, указанные в составе комбинированного основного заболевания. Если любое из них не распознано при жизни или имела место его гипердиагностика, выставляется расхождение диагнозов. При изменении очередности перечисления нозологических форм в рубрике «Комбинированного основного заболевания» в патологоанатомическом диагнозе, по сравнению с заключительным клиническим диагнозом, выставляется совпадение диагнозов.

Сличение диагнозов по другим его рубрикам («Осложнениям основного заболевания», «Сопутствующим заболеваниям») проводится отдельно, представляет собой самостоятельный статистический анализ и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов. При сличении диагнозов учитывается только тот заключительный диагноз, который вынесен на титульный лист медицинской карты стационарного больного (истории болезни) или указан как заключительный в карте амбулаторного умершего больного.

Нерубрицированные или со знаком вопроса клинические диагнозы не позволяют провести их сравнение с патологоанатомическим, что рассматривается как расхождение диагнозов по II категории (субъективные причины - неправильные формулировка или оформление клинического диагноза).

Расхождением диагнозов следует считать несовпадение основного заболевания (любой из конкурирующих, сочетанных или фоновых нозологических единиц):

1. по нозологическому принципу, то есть по сущности и характеру патологического процесса;
2. по локализации;
3. по этиологическому признаку.

Расхождение диагнозов выставляется также и при неправильной формулировке заключительного клинического диагноза, когда:

1. заключительный клинический диагноз не рубрифицирован;
2. заключительный клинический диагноз сформулирован редуцированно, лишен логики, не отражает последовательности событий и не информативен;
3. заключительный клинический диагноз сформулирован с использованием терминов и формулировок, не имеющих аналогов в Международной классификации болезней, вследствие чего не поддается кодированию.

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

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

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

Например, в клинику по скорой помощи поступил больной 65 лет в бессознательном состоянии. Родственники сообщили, что он страдал гипертонической болезнью. Клиническое обследование, в том числе пункция спинномозгового канала и консультация невропатолога, позволили заподозрить кровоизлияние в головной мозг. Были проведены необходимые мероприятия в соответствии с поставленным диагнозом, однако они оказались неэффективными, и через 18 ч после поступления в реанимационное отделение больной умер. На секции обнаружен рак легкого с метастазами в головной мозг и с кровоизлиянием в область метастаза. Налицо расхождение диагнозов. Но можно ли винить в этом врачей? Разумеется, нельзя. Они сделали все возможное, чтобы установить основное заболевание, но в сложных условиях в связи с тяжелым бессознательным состоянием больного смогли установить лишь локализацию патологического процесса, обусловившего клиническую симптоматику, и пытались спасти больного. Это расхождение диагнозов 1-й категории по нозологии, причины расхождения объективные — тяжесть состояния больного и краткость пребывания его в клинике.

II категория расхождения диагнозов – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Например, в клинику поступает больная 82 лет с диагнозом "подозрение на рак желудка". При поступлении в клинику у нее исследовали кровь, мочу, сняли ЭКГ и установили наличие хронической ишемической болезни, сделали рентгеноскопию желудка, но четких данных за наличие опухоли не получили и решили через несколько дней повторить исследование, но не сделали этого. Тем не менее, рак желудка почему-то сомнений не вызывал и больную практически больше не обследовали. На 60-й день пребывания в клинике больная умерла, и ей был поставлен клинический диагноз "рак тела желудка, метастазы рака в печень". На секции действительно обнаружен небольшой рак, но фундального отдела желудка, без метастазов, и, кроме того, обширный инфаркт миокарда стенки левого желудочка, 3-дневной давности. Следовательно, имеют место конкурирующие заболевания — рак желудка и острый инфаркт миокарда. Нераспознавание одного из конкурирующих заболеваний является расхождением диагнозов, так как каждое из конкурирующих заболеваний могло явиться причиной смерти. Учитывая возраст и состояние больной, ей вряд ли можно было бы проводить радикальное оперативное лечение рака желудка — гастрэктомию, наложение пищеводно-кишечного анастомоза. А инфаркт миокарда следовало лечить, и лечение могло оказаться эффективным, хотя утверждать это нельзя. Таким образом, имеет место 2-я категория расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по конкурирующему заболеванию, но причина расхождения субъективная — недостаточное обследование больной, хотя для этого были все условия.

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

Причины расхождения диагнозов по III категории всегда субъективные.

Например, в клинике лежит больной с диагнозом интерстициальной пневмонии, но симптоматика заболевания в чем-то отличается от типичной для этого заболевания, проводимое лечение успеха не приносит. Приглашают консультанта-фтизиатра, который заподозрил туберкулез легких и назначил целый ряд диагностических исследований, в том числе кожные туберкулиновые пробы, повторные исследования мокроты и томографическое исследование правого легкого. Однако лечащий врач выполнил только одну рекомендацию — направил мокроту на анализ, получил отрицательный результат и больше мокроту не исследовал. А остальные рекомендации вообще не выполнил, так как был занят другими делами, но продолжал проводить неэффективное лечение. Между тем больной через 3 нед после консультации фтизиатра быстро "отяжелел" и вскоре умер. В клиническом диагнозе в качестве основного заболевания была поставлена "интерстициальная пневмония нижней и средней долей правого легкого". На секции обнаружена туберкулезная казеозная пневмония правого легкого, явившаяся причиной выраженной интоксикации и смерти больного. В данном случае неправильная диагностика, причем без объективных причин, привела к неправильному неэффективному лечению и к смерти больного. В то же время, если бы были выполнены рекомендации консультанта фтизиатра, диагноз можно было бы поставить правильно, перевести больного во фтизиатрическую клинику, где было бы целенаправленно проведено специальное лечение. Таким образом, это расхождение диагнозов 3-й категории, где неправильная клиническая диагностика привела к неправильному лечению и фатальному исходу заболевания. Причина диагностической ошибки носит субъективный характер, и стала возможной в результате недостаточного обследования больного и невыполнения рекомендаций консультанта.

В случае расхождения диагнозов должны быть указаны категория и причина расхождения, а при совпадении диагнозов, но нераспознанных смертельном осложнении или сопутствующих заболеваниях - причины диагностических ошибок. Это заключение выносится патологоанатомическим отделением (бюро) на заседание соответствующих клинико-экспертных комиссий по изучению летальных исходов, на клинико-анатомические конференции

Окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально, клинико-экспертной комиссией или клинико-анатомической конференцией. В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии, это фиксируется в протоколе заседания, и вопрос передается в вышестоящую комиссию. На основе коллегиального (комиссионного) решения в исключительных случаях допускается переквалификация случаев расхождения (или совпадения) клинического и патологоанатомического диагнозов в категорию совпадения (или, соответственно, расхождения).

Причины расхождения диагнозов подразделяют на две группы – объективные и субъективные:

1. Объективные причины:

- тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, т.к. их проведение могло ухудшить состояние больного;
- кратковременность пребывания больного в медицинской организации;
- трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данной медицинской организации, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз.

2. Субъективные причины:

- недостаточное обследование больного;
- недоучёт клинических, анамнестических данных;
- неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования;
- недоучёт или переоценка заключения врачей-консультантов;
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

Примеры заключительных клинических диагнозов

2. Больной Б., 48 лет.

основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Сальмонеллез, генерализованная форма: сальмонеллезная септикопиемия (бактериологическое исследование — возбудитель, дата): острый энтероколит, гнойный менингит, двусторонняя абсцедирующая пневмония. Синдром системной воспалительной реакции (показатели — ..., дата). Гепатоспленомегалия (A02.1).

2. *Фоновое заболевание:* Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия (F10.1).

Осложнения основного заболевания: Синдром полиорганной недостаточности (показатели ..., дата). Острая сердечно-легочная недостаточность. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры (N40).

Примеры патологоанатомических диагнозов

17. Больной Б., 48 лет.

основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Сальмонеллез, генерализованная форма: сальмонеллезная септикопиемия (бактериологическое исследование — возбудитель, дата): острый энтероколит, гнойный менингит, двусторонняя абсцедирующая пневмония, множественные абсцессы печени, миокарда, почек. Гиперплазия селезенки (A02.1).

2. *Фоновое заболевание:* Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит (F10.1).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие заболевания: Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры (N40).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

б) Гнойный менингит.

в) Сальмонеллезный сепсис (A02.1).

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1).

Заключительные клинические диагнозы

44. Больной М., 43 лет.

Основное заболевание: Инфекционный эндокардит (стафилококковый — бактериологическое исследование крови —..., дата), первичный, инфекционно-токсическая фаза, активность III степени, острое течение, недостаточность аортального клапана, гломерулонефрит (I33.0) (возможен второй код для уточнения этиологии — B95.6).

Осложнения основного заболевания: Недостаточность кровообращения (стадия, функциональный класс).

48. Больной Л., 78 лет.

основное заболевание:

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка (дата) (I21.2).

2. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии: гемодинамический корково-подкорковый инфаркт в левой теменно-височной области с правосторонней гемиплегией, выраженной сенсорной афазией. Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий (I63.5).

3. *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь (степень, степень риска) (I11.0).

Осложнения основного заболевания: Острая левожелудочковая недостаточность, отек легких. Отек головного мозга.

49. Больной Р., 62 лет.

основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Острый инфаркт миокарда (давностью менее суток) боковой и задней стенок левого желудочка (I21.2).

2. *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь (степень, степень риска) (I11.0).

3. Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения, двусторонняя очаговая сливная пневмония в VI-X сегментах с абсцедированием (давностью 14 суток, этиология). Диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких. Легочное сердце (J44.0).

Осложнения основного заболевания: Недостаточность кровообращения (стадия, функциональный класс). Острая левожелудочковая недостаточность, отек легких.

Сопутствующие заболевания: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями.

52. Больной Ч., 62 лет.

основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Атеросклеротический аортальный стеноз с недостаточностью клапана аорты (I35.2).

2. *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2 типа, тяжелого течения, декомпенсированный, диабетическая макро- и микроангиопатия, полинейропатия, ретинопатия, нефропатия (E11.7).

Осложнения основного заболевания: Недостаточность кровообращения (стадия, функциональный класс).

Сопутствующие заболевания: Сосудистая (атеросклеротическая) деменция, с острым началом, легкой степени, с динамической афазией, моторной апраксией, мнестическими нарушениями, апатико-абулическим синдромом (F01.0).

54. Больной И., 69 лет.

основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Внутримозговое кровоизлияние в таламус левого полушария головного мозга: сопор, правосторонняя гемиплегия, птоз и мидриаз слева (I61.0).

2. *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь (степень, степень риска) (I10).

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (вид, функциональный класс и другая характеристика) (I20.8).

Патологоанатомические диагнозы

57. Больная В., 55 лет.

Основное заболевание: Ревматизм, активная фаза: острый бородавчатый эндокардит митрального клапана (I01.1).

Осложнения основного заболевания: Тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт в теменной и височной долях левого полушария головного мозга (размеры очага). Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Ишемический инфаркт головного мозга.
б) Тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии.
в) Ревматизм, активная фаза (I01.1).
г) —.
II. —.

59. Больной А., 58 лет.

Основное заболевание: Ревматизм, активная фаза. Ревматический панкардит: возвратно-бородавчатый эндокардит, сращение и деформация створок, сращение и укорочение сухожильных нитей митрального клапана с преобладанием его недостаточности (диаметр левого атриовентрикулярного отверстия). Интерстициальный миокардит, слипчивый перикардит (I01.8).

Осложнения основного заболевания: Тромбоэмболический синдром: тромбоз в левой коронарной артерии, инфаркт миокарда в области боковой стенки и верхушки левого желудочка (размеры очага), свежие инфаркты и постинфарктные рубцы почек и селезенки. Бурая индурация легких, мулосклатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки. Острое общее венозное полнокрое, отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Инфаркт миокарда.

б) Тромбоэмболический синдром.

в) Ревматизм, активная фаза, панкардит (I01.8)

г) —.

II. —.

63. Больной В., 71 лет.

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца (степень, степень риска): эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 460 г, толщина стенки левого желудочка 2,1 см, правого — 0,4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца и относительной недостаточностью митрального и трехстворчатого клапанов (диаметр или периметр левого и правого атриоventрикулярных отверстий). Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (1 степень, II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз (II 1.0).

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация почек и селезенки. Двусторонний гидроторакс (по 2000 мл), асцит (5000 мл), гидроперикард (250 мл), анасарка.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.

б) Гипертоническая болезнь с поражением сердца (I 11.0).

в) —.

г) —.

II. —.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

При формулировке диагноза используются общие принципы и требования МКБ-10, изложенные выше. Основным заболеванием (в т.ч. в составе комбинированного основного заболевания), становится новообразование, только если оно действительно явилось первоначальной причиной смерти. В других случаях новообразование указывают как сопутствующее заболевание.

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

Заключительные клинические диагнозы

87. Больной А., 70 лет.

Основное заболевание: Рак левой почки в области верхнего полюса, с прорастанием в паранефральную клетчатку, IV стадии, с распадом опухоли. Метастазы рака в парааортальные лимфатические узлы, в легкие и печень (T4 N 1 M 1) (C64).

Осложнения основного заболевания: Кахексия.

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (вид, функциональный класс, другие особенности) (I20.8). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, пневмосклероз, эмфизема легких.

88. Больной В., 67 лет.

Основное заболевание: Рак правого верхнедолевого бронха. Метастазы рака в бронхопульмональные лимфатические узлы (Т3 N 1 M x) (С34.1).

Осложнения основного заболевания: Рецидивирующее легочное кровотечение. Хроническая постгеморрагическая анемия. Двусторонняя очаговая пневмония в I–IV сегментах правого и VII–X сегментах левого легких.

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (вид, функциональный класс, другие особенности) (I20.8). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, пневмосклероз, эмфизема легких.

89. Больной М., 70 лет.

Основное заболевание: Первично-множественный синхронный рак: 1. Рак левой почки в области нижнего полюса (гистологически — ..., биопсия №, дата). Метастазы рака в парааортальные лимфатические узлы (T2 N 1 M x) (C64). 2. Блюдцеобразный рак желудка в пилорическом отделе (гистологически — ..., биопсия №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень (T4 N 1 M 1) (C97).

Осложнения основного заболевания: Кахексия.

Сопутствующие заболевания: Стабильная стенокардия (вид, функциональный класс, другие особенности) (I20.8). Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, пневмосклероз, эмфизема легких.

Патологоанатомические диагнозы

90. Больная П., 67 лет.

Основное заболевание: Рак нижней челюсти (умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически) с прорастанием в прилежащие мягкие ткани. Метастазы рака в подчелюстные и шейные лимфатические узлы (T4N1M0) (C03.1).

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

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, легкого течения, субкомпенсированный (клинически) (E11.9). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Атеросклероз аорты (стадия, степень), артерий сердца и головного мозга (стадия, степень, стеноз до 15%).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Раковая кахексия

б) Рак нижней челюсти с метастазами (T4N1M0) (C03.1)

в) —.

г) —.

II. Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсированный (E11.9)

91. Больная С., 60 лет.

основное заболевание:

Сочетанные заболевания:

1. Глиобластома (гистологически) лобной доли левого полушария головного мозга. Выраженные вторичные изменения (очаги некроза и кровоизлияний) в опухоли (С 71.1).

2. Ишемический инфаркт правого полушария мозжечка в стадии колликвации. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (стадия, степень, стеноз основной артерии до 50%) (I63.5).

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Дислокация ствола головного мозга

б) Очаги некроза и кровоизлияний ткани головного мозга

в) Глиобластома лобной доли левого полушария головного мозга (С71.1)

г) —.

II. Ишемический инфаркт мозжечка (I63.5)

92. Больной Ч., 56 лет.

Основное заболевание: Рак дна полости рта (умеренно дифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в шейные и подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон (T4N1M0) (C04.8).

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

Сопутствующие заболевания: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.1).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая постгеморрагическая анемия.

б) некроз метастаза в лимфатический узел с аррозией артерии и кровотечением.

в) Рак дна полости рта с метастазами (T4N1M0) (C04.8).

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1).

94. Больная Р., 52 лет.

Основное заболевание: Рак левого яичника (низкодифференцированная аденокарцинома – гистологически), метастазы рака в тазовые и парааортальные лимфатические узлы, в печень, канцероматоз брюшины (T4N1M1).
Комбинированное лечение рака: операция экстирпации матки с придатками (дата), до- и послеоперационные курсы химиотерапии (число курсов, препараты) (C56).

Осложнения основного заболевания: Кахексия, бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц.

Сопутствующие заболевания: Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (A15.2).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия.

б) Рак левого яичника с распространенными метастазами (T4N1M1) (C56).

в) -

г) -

II. Фиброзно-очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (A15.2).

96. Больной П., 69 лет.

Комбинированное основное заболевание:

1. *Основное заболевание:* Узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого (низкодифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически). Множественные метастазы рака в бронхопульмональные, бифуркационные, паратрахеальные медиастинальные лимфатические узлы, в кости (тела II—III поясничных позвонков, правую бедренную кость, IV—VII левые ребра), печень (T4N1M1) (C34.1).

2. *Фоновое заболевание:* Хронический обструктивный слизисто-гнойный бронхит (с очагами дисплазии и метаплазии эпителия бронхов — гистологически) в стадии обострения. Очаговая пневмония в II—III сегментах левого легкого. Диффузный перибронхиальный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких (J44.0).

Осложнения основного заболевания: Патологический подвертельный перелом правого бедра. Операция скелетного вытяжения (дата). Кахексия, бурая атрофия миокарда, печени, скелетных мышц.

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая легочно-сердечная недостаточность.

б) Патологический перелом бедра.

в) Рак левого верхнедолевого бронха с распространенными метастазами (T4N1M1) (C34.1).

г) —.

II. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с бронхопневмонией (J44.0).

97. Больная Ш., 71 лет.

Основное заболевание: Блюдцеобразный рак прямой кишки (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в тазовые, парааортальные лимфатические узлы, в печень, оба надпочечника, в теменную долю левого полушария головного мозга, в мягкие мозговые оболочки основания головного мозга со сдавлением левой средней мозговой артерии и ее ветвей (T4N1M1) (C20).

Осложнения основного заболевания: Ишемический инфаркт головного мозга в области подкорковых ядер и белого вещества теменной и височной долей левого полушария. Выраженный отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупно-мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии (степень активности, фаза, стадия по системе Чайлда—Пью) (K74.6). Хронический калькулезный холецистит. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии умеренно выраженного обострения. ХПН I стадии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Ишемический инфаркт головного мозга.

б) Рак прямой кишки с распространенными метастазами (T4N1M1) (C20).

в) —.

г) —.

II. Цирроз печени неуточненной этиологии (K74.6).

98. Больная В., 69 лет.

основное заболевание:

Сочетанные заболевания:

1. Рак левой молочной железы (инфильтрирующий протоковый рак – гистологичеки). Метастазы в левые подключичные, подмышечные лимфатические узлы, правую молочную железу, легкие, печень (T4N1M1) (C50.8).

2. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения. Двусторонние гнойные пиелит, каликулит, правосторонний пионефроз (N10).

3. *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2 типа, тяжелого течения, декомпенсированный (биохимия крови — ..., дата). Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия.

Осложнения основного заболевания: Илеофemorальный тромбоз слева (размеры тромбов). Тромбоэмболия основного ствола и долевых ветвей легочной артерии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Тромбоэмболия легочной артерии.

б) Илеофemorальный тромбоз слева

в) Рак левой молочной железы с распространенными метастазами (T4N1M1) (C50.8).

г) —.

II. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N10)

99. Больной Р., 63 лет.

Основное заболевание: Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости по поводу острого перфоративного холецистита и разлитого гнойного перитонита (дата) (K80.0).

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата). Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Разветвленный рак правого среднедолевого бронха с прорастанием в плевру и переднее средостение. Метастазы рака в правые бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы (T4N1M0) (C34.2).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночно-почечная недостаточность.

б) Острый перфоративный калькулезный холецистит (K80.0).

в) —.

г) —.

II. Рак правого среднедолевого бронха с метастазами (T4N1M0) (C34.2).

100. Больная М., 59 лет.

Основное заболевание: Первично-множественный метакхронный рак: блюдцеобразный рак желудка (умеренно дифференцированная аденокарцинома — гистологически) в области тела желудка. Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы (T3N1M0).

Рак правой доли щитовидной железы (папиллярный рак — гистологически) с прорастанием в окружающие мягкие ткани. Метастазы рака в левую долю щитовидной железы, правые и левые шейные лимфатические узлы (T4N1M0) (C97).

Осложнения основного заболевания: Двусторонняя очаговая пневмония в V—X сегментах.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Очаговая пневмония

б) Первично-множественный рак: желудка в области его тела с метастазами (T3N1M0), щитовидной железы с метастазами (T4N1M0) (C97).

в) —.

г) —.

II. —.

Основное заболевание: Изъязвленный субтотальный рак желудка с обширным распадом опухоли (биопсия №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень, легкие, надпочечники (T4N1M1). С16.8

Осложнения основного заболевания: Массивное желудочное кровотечение из распадающейся опухоли. Острая постгеморрагическая анемия.

Основное заболевание: Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости по поводу острого перфоративного холецистита и разлитого гнойного перитонита (дата). K80.0

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность, электролитные нарушения и т.д.

Сопутствующие заболевания: Рак правого среднедолевого бронха с прорастанием в переднее средостение (гистологически - ...). Метастазы рака в бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы (T4N1M0). C34.2

Правила оформления медицинского свидетельства о смерти

Медицинское свидетельство о смерти по форме N 106/у-08 выдается для обеспечения государственной регистрации смерти и для государственного статистического учета.

Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства и лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего (ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего (ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти.

Порядок выдачи медицинского свидетельства о смерти

Медицинское свидетельство выдается членам семьи, а при их отсутствии близким родственникам умершего (ей) или законному представителю умершего (ей), а также правоохранительным органам по их требованию, после подписи получателя на корешке медицинского свидетельства. Корешок остается в медицинской организации или у частнопрактикующего врача.

В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без медицинского свидетельства запрещается.

Медицинское свидетельство выдается с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного». Медицинское свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного».

В случае если было выдано медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое медицинское свидетельство «взамен окончательного».

При выдаче медицинского свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего медицинского свидетельства.

Медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» используются для статистической разработки причин смерти.

Запрещается оформление медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта смерти.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший (ая) наблюдался (ась), лечился (ась) по поводу известного заболевания.

Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача.

Медицинское свидетельство о смерти является документом особой важности. Чистые бланки этих свидетельств имеют типографский номер, брошюруются по 20 экземпляров, а их корешки хранятся не менее 3-х лет.

В медицинских свидетельствах о смерти указывается и шифруется (в соответствии с кодами МКБ-10) только причина смерти, она же именуется первоначальной причиной смерти, что соответствует основному заболеванию. Непосредственная причина смерти (смертельное осложнение основного заболевания) и состояния приведшие к ней также указываются в этом документе, но не кодируются.

Порядок оформления этого документа следующий:

пункт № 18 медицинского свидетельства о смерти под римской цифрой I имеет 4 подрубрики – а), б), в), г).

Заполнение подрубрик производится в **последовательности, обратной заключительному клиническому или патологоанатомическому диагнозам.**

В подрубрику а) вписывают непосредственную причину смерти (смертельное осложнение). В подрубрику б) - состояние, приведшее к непосредственной причине смерти. В подрубрике в) - последней, указывается первоначальная причина смерти (основное заболевание), напротив которого, в специально напечатанной графе, указывают код нозологической формы по МКБ-10. Позиция г) при смерти от заболевания не отмечается, поскольку в эту подрубрику вписывают внешние причины смерти при травмах и отравлениях. В позицию, отмеченную римской цифрой II, вписывают второе заболевание при комбинированном основном диагнозе (конкурирующее, сочетанное, фоновое) или одно из важнейших сопутствующих заболеваний:

В некоторых случаях (при выдаче документа на основании осмотра трупа или записей в медицинской документации) непосредственная причина смерти неизвестна или ее не удастся установить, также, как и состояние, приведшее к развитию непосредственной причины смерти, а иногда и то и другое вместе. Нередко основное заболевание без видимых осложнений приводит к смерти. В таких случаях в пункте 18 медицинского свидетельства о смерти заполняют две или одну позицию, при этом пропуски в строчках (подрубриках) не допускаются. Иногда первоначальную причину смерти, при отсутствии других данных, врач вынужден записывать в подрубрику а) с указанием кода МКБ-10. При этом другие подрубрики остаются незаполненными.

Например, в случае смерти от инфаркта миокарда, медицинское свидетельство о смерти может иметь (в зависимости от имеющейся объективной информации) различный вид:

- 1) I. а) Гемотампонада полости перикарда.
б) Разрыв сердца.
в) Трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки (I 21.0)
II. Гипертоническая болезнь.
- 2). I. а) Отек легких.
б) Трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки (I 21.0).
- 3). I. а) Инфаркт миокарда (I 21.9).

В отношении принципа двойного кодирования, следует отметить, что иногда при системных или генерализованных поражениях (имеющих важное медицинское или социальное значение), кодируют и патологию органа, обусловившего наступление смерти и само заболевание, вызвавшее поражение данного органа.

В этом случае основное заболевание кодируется со знаком + (как приоритетный код), а поражение органа (*) - как подчиненный код основного заболевания, например:

- 1). I. а) Хроническая почечная недостаточность
б) Диабетический гломерулосклероз (N 08.3)*
в) Инсулинозависимый сахарный диабет (E 10.2) +
- 2). I. а) Острая сердечная недостаточность
б) Острый миокардит (I 41.2)*
в) Болезнь Шагаса. Острая форма (B 57.0) +

Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах, заключении о причине смерти и др.). Несоответствие записей в этих документах могут иметь негативные юридические последствия.

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "___" _____ 20__ г.
(окончательного, предварительного, взамен предварительного,
взамен окончательного)
(подчеркнуть)

серия _____ N _____ "___" _____ 20__ г.

1. фамилия, имя, отчество умершего (ей) _____

2. Пол: мужской [1], женский [2]

3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____

4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей): республика,
край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

6. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2],

в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]

Для детей, умерших в возрасте до 1 года:

7. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____, число месяцев _____,
дней жизни _____

8. Место рождения _____

9. фамилия, имя, отчество матери _____

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и
социального развития Российской
федерации
Наименование медицинской
организации _____

адрес _____

Код по ОКПО _____

Для врача, занимающегося частной
практикой:

номер лицензии на медицинскую
деятельность _____

адрес _____

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма N 106/у-08
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 26 декабря 2008 г. N 782н

СЕРИЯ _____ N _____

Дата выдачи "___" _____ г.
(окончательное, предварительное, взамен предварительного,
взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ N _____ "___" _____ 20__ г.

1. фамилия, имя, отчество умершего (ей) _____

2. Пол: мужской [1], женский [2]

3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____

4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____

5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей): республика,
край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

6. Местность: городская [1], сельская [2]

7. Место смерти: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____

8. Местность: городская [1], сельская [2]

9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2],

в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5].

10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный

(37 - 41 недель) [1], недоношенный (менее 37 недель) [2], переносный

(42 недель и более) [3].

11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:

масса тела ребенка при рождении _____ грамм [1], каким по счету был

ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ [2],

дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4],

фамилия матери _____ [5], имя _____ [6], отчество _____ [7]

12. <*> Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1],

не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].

13. <*> Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7], не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].

14. <*> Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].

15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

<*> В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10 - 11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти:

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Код по МКБ-10

[][][][]

I. а) (болезнь или состояние, непосредственно

приведшее к смерти)

б) (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

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)

[][][][]

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того, в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов [4]

13. фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись _____

14. фамилия, имя, отчество получателя Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан)

"__" _____ 20__ г.

Подпись получателя _____

----- линия отреза -----

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от

военных действий и террористических действий при установленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число ____ месяц ____, год ____, время ____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____, должность _____, удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)		____.____
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)		____.____
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) _____

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того, в течение 43 - 365 дней после окончания беременности, родов [4]

22. фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____
Подпись _____

Руководитель медицинской организации, частнопрактикующий врач (подчеркнуть) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать _____

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

"__" _____ 20__ г. _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Рецидив опухоли

По отношению к рецидивам опухолей единые терминологические оценки до сих пор не достигнуты.

Различают **рецидив** онкологического заболевания в целом и рецидив опухоли на месте бывшего новообразования через какой-либо срок после радикального оперативного, лучевого или другого лечения. При некоторых видах новообразований (лимфогранулематозе, хорионэпителиоме, семиноме и др.), когда возможна длительная ремиссия в результате комбинированной или консервативной терапии, возобновление заболевания трактуется как рецидив. Развитие метастазов через различные сроки после излечения первичной опухоли обозначается как прогрессирование заболевания. При этом метастаз локализуется вне зоны операции или полей облучения в отдаленных лимфатических узлах и паренхиматозных органах (печень, легкие, почки и др.) или проявляется в виде диссеминации опухоли по серозным оболочкам.

На протяжении первых двух лет после лечения установить истинную причину прогрессирования опухолевого процесса (**рецидив** или метастаз) бывает сложно. В этих случаях повторно возникшее новообразование, независимо от места появления, чаще расценивают как **рецидив**.