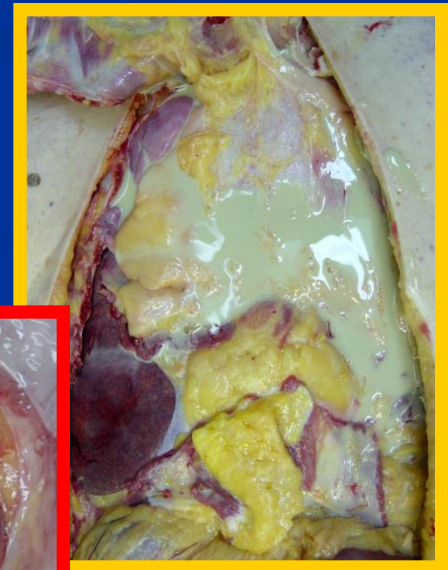


Принципы формулировки диагноза при заболеваниях



Небрежно или неграмотно проведенное вскрытие и неверно оформленный патологоанатомический диагноз наносят больший вред чем отказ от проведения вскрытия

Одинаково опасны патологоанатом - судья и патологоанатом - адвокат клинициста

Правильная формулировка клинического диагноза может спасти жизнь данному пациенту, а патологоанатомического – будущих пациентов

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

ДИАГНОЗ

Диагноз является результатом и интегральным показателем работы врача (клинициста или патологоанатома), документальным свидетельством уровня его профессиональной квалификации

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

Единые требования к формулировке диагноза

Рубрика «Основное заболевание»

В ущерб информации о больном (умершем) по МКБ-10 «Основное заболевание» — это одна или несколько **нозологических единиц**, по поводу которых проводилось обследование или лечение во время **последнего эпизода** обращения за медицинской помощью

В случае летального исхода основное заболевание — это одна или несколько нозологических единиц, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к смерти больного

Единые требования к формулировке диагноза

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

Единые требования к формулировке диагноза

Комбинированные основные заболевания

(конкурирующие, сочетанные болезни, основное и фоновое заболевания – более 60% диагнозов)

Фоновое заболевание — это нозологическая форма (заболевание, травма, реже — синдром), которая патогенетически (но не этиологически) связана с основным заболеванием, **явилась одной из причин его развития (включившись в его патогенез)**, впоследствии отягощала течение и способствовала возникновению смертельных осложнений (в случае летального исхода)

Единые требования к формулировке диагноза

Рубрика «Осложнения основного заболевания» - включает все осложнения, в т.ч., смертельное осложнение (всегда одно)

осложнения медицинских мероприятий (ятрогенные осложнения, если они не становятся эквивалентом основного заболевания),

а также указания на проведение реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и их осложнений (**специальная подрубрика в конце рубрики «Осложнения основного заболевания»**)

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**

Единые требования к формулировке диагноза

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

КЛАСС I. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

Нозологические единицы из класса инфекционных и паразитарных болезней чаще являются **основными заболеваниями**

Однако, некоторые, например сепсис, могут быть как основным заболеванием (инфекционный эндокардит, криптогенный сепсис и т.д.), так и **осложнением основного заболевания**

В отдельных случаях инфекционное заболевание может быть указано в рубрике **«Сопутствующие заболевания»**

Диагнозы инфекционного или паразитарного заболевания должны быть сформулированы, как правило, по монокаузальному или бикаузальному («Комбинированное основное заболевание»: основное и фоновое заболевания) принципам

Наиболее частыми фоновыми заболеваниями являются сахарный диабет, алкоголизм и хроническая алкогольная интоксикация, наркомания, которые сопровождаются развитием вторичного иммунодефицитного синдрома

Инфекционные поражения нередко являются не моноинфекциями, а сочетанными (различные сочетания вирусных, бактериальных, микоплазменных поражений и поражений простейшими)

В этих случаях, при необходимости, диагноз может формулироваться по **бикаузальному принципу** («Комбинированное основное заболевание»: сочетанные или основное и фоновое инфекционные заболевания)

Если одновременно диагностировано **несколько инфекционных заболеваний**, то на первое место в диагнозе выставляют более тяжело протекающую или эпидемиологически и социально опасную инфекцию, а при летальном исходе — ту, которая играла ведущую роль в танатогенезе

Если возбудитель инфекционного заболевания остается неизвестным, то оно классифицируется по органному принципу. Диагноз в этом случае формулируется, например, следующим образом:

Патологоанатомический диагноз: «Основное заболевание: Острый гастроэнтерит неуточненной этиологии (A04.9)

Патологоанатомический диагноз: «Основное заболевание: Мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии, степень активности — ... , фаза ..., стадия по системе Чайлда—Пью ... , перечисление внепеченочных проявлений (K74.6)

Диагноз при хронических вирусных гепатитах должен базироваться на трех критериях: этиологии, степени активности (тяжести) и стадии заболевания

Степень активности определяется тяжестью, выраженностью и глубиной некроза гепатоцитов и воспалительного процесса. Чаще используют полуколичественный гистологический индекс активности (HAI), известный как **система Кноделля** (балльная оценка разных компонентов повреждения). Первые три составляющие отражают степень активности, четвертая — стадию процесса

Составные компоненты гистологического индекса активности хронического гепатита по Кноделлю [Knodell R.G. et al., 1981]

1. Перипортальный некроз с наличием мостовидных некрозов или без них – 0 — 10 баллов
2. Интралобулярный и фокальный некроз – 0 — 4 баллов
3. Воспалительная инфильтрация – 0 — 4 баллов
4. Фиброз – 0 — 4 баллов

Более современна классификация активности хронического гепатита группы METAVIR (1996), разработанная для гепатита С

Мостовидные некрозы	Лобулярные некрозы	Степень активности
Отсутствуют	Слабо выражены	A 0
	Умеренно выражены	A 1
	Тяжелые	A 2
Слабо выражены	Слабо или умеренно выражены	A 1
	Тяжелые	A 2
Умеренно выражены	Слабо или умеренно выражены	A 2
	Тяжелые	A 3
Тяжелые	Слабо или умеренно выражены, или тяжелые	A 3

Системы определения стадий хронического гепатита

Цифровой индекс стадий - 0 1 2 3 4

Описание стадий - Нет фиброза; Слабо выраженный фиброз; Умеренный фиброз; Тяжелый фиброз; Цирроз

По R.G. Knodell et al. (1981) - Нет фиброза; Портальный фиброз; Портальный фиброз, единичные порто-портальные септы; Мостовидный фиброз (порто-портальные или портально-центральные септы); Цирроз

По V. Desmet et al. (1995) - Нет фиброза; Перипортальный фиброз; Порто-портальные септы (> 1 септы); Портально-центральные септы (> 1 септы); Цирроз

По R.J.Scheuer (1991) - Нет фиброза; Увеличенные фиброзно-измененные портальные тракты; Перипортальные или порто-портальные септы; Фиброз с нарушением архитектоники; Вероятный или определенный цирроз

Циррозы печени вирусной этиологии должны трактоваться как развившиеся в исходе хронического вирусного гепатита

По классификации стадий гепатитов **цирроз рассматривается как IV стадия** (финальная) **гепатита** (фиброз + формирование ложных долек и нарушение архитектоники печени).

Поэтому, они кодируются кодами класса I (хронические вирусные гепатиты), а диагноз может быть сформулирован по одному из двух вариантов

Примеры неправильно и правильно сформулированных диагнозов основного заболевания при вирусном циррозе печени

Неправильно

Основное заболевание: Макро-микронодулярный цирроз печени вирусной этиологии (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности, фаза субкомпенсации, класс ... по системе Чайлда—Пью, результаты биопсии печени (... , дата), перечисление внепеченочных проявлений: ... (K74.6)

Правильно

Основное заболевание: Макро-микронодулярный цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности, фаза субкомпенсации, класс... по системе Чайлда—Пью, результаты биопсии печени (... , дата), перечисление внепеченочных проявлений: ... (B18.0)

или: Основное заболевание: Хронический вирусный гепатит (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности с развитием макро-микронодулярного цирроза печени, фаза субкомпенсации, класс ... по системе Чайлда—Пью, результаты биопсии печени (... , дата), перечисление внепеченочных проявлений ... (B18.0)

Диагноз цирроза печени должен включать его этиологию, морфологическую форму, активность, фазу, класс по системе Чайлда—Пью, желательно, результаты биопсийного исследования печени, характеристику (стадии) печеночной (печеночно-клеточной), печеночно-почечной недостаточности, внепеченочных проявлений (синдрома портальной гипертензии) и другие особенности заболевания.

Стадии (фазы) компенсации и декомпенсации цирроза печени:

- компенсации (начальная, стадия сосудистой и паренхиматозной компенсации с минимальной, умеренной или выраженной начальной воспалительно-некротической активностью);
- субкомпенсации;
- декомпенсации (конечная, стадия сосудистой и/или паренхиматозной декомпенсации печени).

Степень активности: минимальная, умеренная, выраженная, неактивная фаза.

Класс (степень тяжести) цирроза печени по шкале Чайлда—Пью (Child—Pugh). Эта шкала в основном применяется вне резкого обострения цирроза

Оценка степени тяжести цирроза печени по шкале Чайлда—Пью

Лабораторные и клинические показатели

Число баллов, начисляемых за признак (1, 2, 3)

Билирубин

< 2 мг/дл(< 20,5 мкмоль/л); 2—3 мг/дл(20—30 мкмоль/л); >3 мг/дл(> 30 мкмоль/л)

Альбумин

>3,5 г/дл(> 35 г/л); 2,8—3,5 г/дл(35—25 г/л); < 2,8 г/дл(< 25 г/л)

Протромбиновое время

1—4 сек или > 50%; 4—6 сек или 40—50%; > 6 сек< 40%

Печеночная энцефалопатия, стадия

Нет; I — II; III— IV;

Асцит

Нет; Мягкий (определяемый); Тяжелый (напряженный)

Примечания

При осложнениях, у пациентов реанимационных отделений используют другие системы, например, SAPS.

При первичном билиарном циррозе печени: билирубин (мг/дл): 1 очко — < 4; 2 очка — 4-10; 3 очка — > 10

СЕПСИС

*Лучше гипердиагностика сепсиса
(клиническая), чем его
гиподиагностика*

Принципы формулировки клинического и патолого-анатомического диагнозов сепсиса

Клинико-морфологическая классификация сепсиса И.В. Давыдовского

Классификация и терминология МКБ-10 принята ВОЗ в 1989 г., рекомендована ВОЗ к применению с 1993 г., введена в РФ с 1999 г.

Клиническая (синдромная) классификацию сепсиса R.C.Bone et al., принята Чикагской согласительной конференцией Американских колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины (ACCP/SCCM) в 1991 г. (опубликована в 1992 г.)

Классификация ACCP/SCCM поддержана в Европе Барселонской декларацией по сепсису (2002 г.)

Конференция Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям с участием Российского общества патологоанатомов (Калуга, 2004 г.) – методические рекомендации

**Методические рекомендации 2004-2005 гг.
(Москва и Санкт-Петербург)**

Пленум Российского общества патологоанатомов по проблеме сепсиса (2004 г.)

Рекомендации по оформлению патологоанатомических диагнозов (2004 г.)

Стандарты Росздравнадзора по оформлению патологоанатомических диагнозов (2006 г.)

Многочисленные публикации в различных журналах

Основные особенности и проблемы МКБ-10

Классификация и терминология устарели на 18 лет

Акцент на этиологию сепсиса

Отсутствие термина «септикопиемия». Любой сепсис – септицемия (дефекты перевода с английского).

Септический эндокардит – только острый и подострый

Вирусный сепсис (герпетическая инфекция) и микотический сепсис (кандидоз) - как синонимы генерализованной вирусной или микотической инфекции

Термины «сальмонеллезная септицемия», «сибиреязвенная септицемия» и др.

Отсутствие четкой дефиниции септического шока



МКБ-10. СЕПСИС

Нозологическая единица или синдром	Код по МКБ-10	Примечания
Стрептококковая септицемия	A 40.0 – A 40.9	Исключены: в период родов, послеродовая, постпроцедурная, неонатальная, осложнения аборта, внематочной беременности, после иммунизации, инфузии, трансфузии, инъекции
Другая септицемия (вызванная стафилококком, грамотрицательными микроорганизмами, другими возбудителями, неуточненная)	A 41.0 – A 41.9	Исключены: см. выше, а также: газовая гангрена, септицемия туляремиальная и др. при определенном возбудителе (см. ниже)

МКБ-10. СЕПТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Нозологическая единица	Код по МКБ-10
Актиномикозная септицемия	A 42.7
Сальмонеллезная септицемия	A 02.1
Септическая чума	A 20.7
Сибиреязвенная септицемия	A 22.7
Септицемия при сапе	A 24.1
Эризипеллоидная септицемия	A 26.7
Листериязная септицемия	A 32.7
Менингококкемия (острая, хроническая, неуточненная)	A 39.2 – A 39.4
Гонококковый сепсис	A 54.8
Септицемия, вызванная вирусом простого герпеса	B 007
Кандидозная септицемия	B 37.7



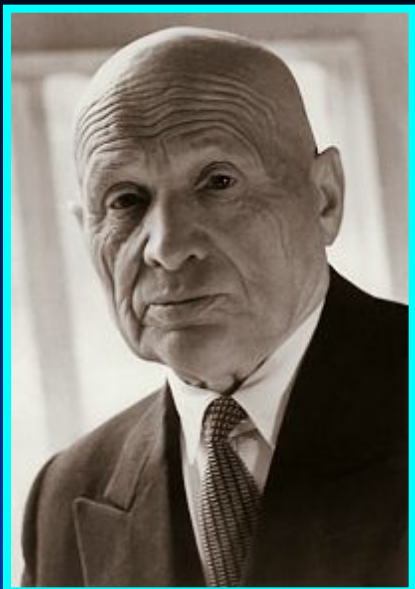
МКБ-10. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

Нозологическая единица	Код по МКБ-10	Примечания
Острый и подострый инфекционный эндокардит (бактериальный, септический, злокачественный, язвенный)	I 33.0	Острый эндокардит неуточненный (миоэндокардит, периендокардит острый или подострый) - I 33.9

МКБ-10. СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Синдром	Код по МКБ-10	Примечания
Синдром токсического шока	A 48.3	Исключены: эндотоксический шок БДУ, септицемия БДУ.

Классификация И.В.Давыдовского



Септикопиемия

Септицемия

Затяжной септический
эндокардит

Хронический сепсис

АССР/SCCM, Чикаго, 1992, Барселона, 2002

Сепсис — это синдром системного воспалительного ответа (ССВО) на инвазию различных инфекционных агентов

ССВО — это системный воспалительный ответ на повреждение тканей инфекционной или неинфекционной природы (инфекция, механическая травма, ожоги, панкреатит, тяжелые отравления, ишемия тканей и т.д.)

Синдром полиорганных нарушений (синдром полиорганной недостаточности — СПОН) — клинический синдром прогрессирующей, но потенциально обратимой дисфункции двух или более органов (систем) с угрожающими нарушениями гомеостаза. Элементы СПОН (респираторный дистресс-синдром взрослых, кардиогенная недостаточность кровообращения, острая почечная недостаточность, ДВС-синдром и др.)

Классификация сепсиса: предсепсис, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ СЕПСИСЕ

Этиология сепсиса – бактерии, грибы (но не вирусы)

Формы сепсиса – септикопиемия, септицемия – могут быть как основным заболеванием, так и его осложнением; инфекционный эндокардит – основное заболевание

Септические (генерализованные) фазы течения определенных инфекционных заболеваний (сальмонеллез, туберкулез – «тифобациллез ландузи» и др.) – это конкретные инфекционные заболевания

Острый, подострый, хронический (затяжной) инфекционный (септический) эндокардит – самостоятельная нозологическая единица часто из группы иммунокомплексных заболеваний

Септический, бактериальный, инфекционно-токсический, эндотоксиновый шок – осложнения основного заболевания

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ СЕПСИСЕ

СЕПСИС МОЖЕТ БЫТЬ ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЕСЛИ:

- ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ НЕ НАЙДЕН (КРИПТОГЕННЫЙ СЕПСИС) ИЛИ ИЗЛЕЧЕН,
- СЕПСИС ПОСЛЕ ОЖОГА 1 СТ. ИЛИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРАВМЫ,
- СЕПСИС НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА (ЕСЛИ СД – НЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ) И ДРУГИХ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (АЛКОГОЛИЗМ, ХРОНИЧЕСКАЯ НАРКОМАНИЯ И ДР.) ПРИ ДОКАЗАННОМ ВТОРИЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТНОМ СИНДРОМЕ,
- ЯТРОГЕННЫЙ СЕПСИС (С УЧЕТОМ ПРАВИЛ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ)

В других случаях сепсис – осложнение основного заболевания

**Отсюда - проблема статистического учета сепсиса.
Если считать сепсис самостоятельной
нозологической единицей, то почему не
выставлять его всегда основным заболеванием ?**

Клинические понятия (не только при сепсисе !!!):

Синдром системного воспалительного ответа

Синдром полиорганной недостаточности

**Настало время наполнить эти термины
морфологическим содержанием и
использовать в патологоанатомических
диагнозах, в том числе и при сепсисе**

ПРИМЕР НЕВЕРНО СФОРМУЛИРОВАННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: СЕПСИС, СЕПТИКОПИЕМИЯ
(НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ): СЕПТИЧЕСКИЕ МИОКАРДИТ, ГЕПАТИТ,
АПОСТЕМАТОЗНЫЙ ГНОЙНЫЙ НЕФРИТ, ДВУСТОРОННЯЯ ПНЕВМОНИЯ,
СЕПТИЧЕСКАЯ СЕЛЕЗЕНКА

ОСЛОЖНЕНИЯ: ДИСТРОФИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ. ОСТРОЕ
ВЕНОЗНОЕ ПОЛНОКРОВИЕ. ОТЕК ЛЕГКИХ И ГОЛОВНОГО МОЗГА

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ:

- а) ИНТОКСИКАЦИЯ
- б) СЕПТИКОПИЕМИЯ (А 41.2)
- в) –

ПРИМЕР ПРАВИЛЬНО СФОРМУЛИРОВАННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Основное заболевание: Стафилококковый сепсис (после случайного укола пальца ... — по данным истории болезни), бактериологическое исследование трупной крови, органов — ... (дата), септикопиемия: множественные двусторонние субплевральные абсцессы легких, апостематозный нефрит. Синдром системного воспалительного ответа: интерстициальный гепатит и миокардит, гиперплазия селезенки (масса 380 г.) (A41.2).

Осложнения основного заболевания: Синдром полиорганной недостаточности: острая печеночно-почечная недостаточность (лабораторные показатели). ДВС-синдром, выраженная жировая дистрофия печени и миокарда, некротический нефроз.

После гистологического и других исследований диагноз
дополняется или уточняется

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Сальмонеллез, генерализованная форма: бактериологическое исследование — возбудитель, дата): острый энтероколит. (A02.1).

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

Осложнения основного заболевания: Инфекционно-токсический шок. Острое общее венозное полнокровие. Гиперплазия селезенки. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Инфекционно-токсический шок

б) Сальмонеллез (A02.1).

в) —

г) —.

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

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Острый катаральный гастроэнтероколит (бактериологически — стафилококк, дата). (A05.0).

Осложнения основного заболевания: Жировая дистрофия печени. Некротический нефроз. Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата).

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (II стадия, 3 степень, стеноз до 70%) (I25.2).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночно-почечная недостаточность.

б) Острый гастроэнтероколит (стафилококк) (A05.0).

в) —.

г) —.

II. Постинфарктный кардиосклероз (I25.2).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Иерсиниозный энтерит (бактериологическое исследование — дата): острый геморрагический терминальный илеит, гиперплазия мезентериальных лимфатических узлов и селезенки (A04.6).

Осложнения основного заболевания: Некротический нефроз. Печечно-почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата).

Сопутствующие заболевания: Хронический катаральный обструктивный бронхит, стадия ремиссии (J44.8).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печечно-почечная недостаточность.

б) Иерсиниозный энтерит (A04.6).

в) —.

г) —.

II. Хронический обструктивный бронхит, стадия ремиссии (J44.8).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Экстраинтестинальный иерсиниоз: двусторонняя тотальная очагово-сливная пневмония с абсцедированием (бактериологически — иерсиниозная, дата) (A28.2).

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.

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-легочная недостаточность.

б) Экстраинтестинальный иерсиниоз (пневмония) (A28.2).

в) —.

г) —.

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

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Менингококкемия (бактериологическое исследование — ..., дата). Гиперплазия селезенки (A39.2)

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Очаговые кровоизлияния в надпочечники. Отек легких. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола.
- б) Менингококкемия (A39.2).
- в) —.
- г) —.
- II. —.

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В (СПИД) (иммуноблот + № ... , дата, иммунный статус (дата): CD4 ..., CD8 ..., CD4/CD8...).

Вторичные заболевания: 1. Токсоплазмоз головного мозга: некротический энцефалит с множественным поражением коры, белого вещества височно-теменной и затылочной областей, подкорковых ядер билатерально (псевдоцисты токсоплазмы — гистологически, ШИК-реакция). 2. Двусторонняя очагово-сливная полисегментарная пневмоцистная пневмония. 3. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция с поражением легких и надпочечников (субтотальный адреналит). Подострый паренхиматозно-межуточный миокардит с преимущественным поражением левого желудочка. 4. Эрозивный эзофагит микотической этиологии (вид гриба) (B20.7).

Осложнения основного заболевания: Левосторонний фибринозный плеврит. Правосторонний гидроторакс (... мл.). Отек головного мозга, отек легких. Кахексия.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Токсоплазмоз, пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусная инфекция.

б) ВИЧ-инфекция (стадия 4 В) (B20.7).

в) —.

г) —.

II. —.

Основное заболевание: ВИЧ-инфекция, стадия 4В (СПИД) (иммуноблот + № ... , дата, иммунный статус (дата): CD4 ..., CD8 ..., CD4/CD8...).

Вторичные заболевания: 1. Криптококковый менингоэнцефалит с поражением головного и спинного мозга (прижизненное исследование ликвора № ..., дата, — криптококк неоформанс). 2. Генерализованный токсоплазмоз с поражением подкорковых ядер головного мозга (некротический энцефалит с наличием большого числа псевдоцист токсоплазмы), обоих легких. 3. Генерализованная цитомегаловирусная с поражением легких, печени, надпочечников (субтотальный двусторонний адреналит). 4. Двусторонняя очагово-сливная полисегментарная пневмония (смешанная бактериально-микотическая флора, в посмертных мазках-отпечатках — полиморфная кокковая флора с преобладанием капсульных диплококков, гистологически — дрожжевые и псевдомицелиальные формы грибов, сходные с кандиды). 5. Эрозивно-язвенной эзофагит микотической этиологии (гистологически — псевдомицелий грибов) (B20.5).

Осложнения основного заболевания: Двусторонний фибринозный плеврит, правосторонний диафрагмит. Отек легких, отек головного мозга. Кахексия. Пролежни крестца.

Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит В + С (анализ крови на маркеры гепатита № .., дата) (B18.8). Хронический алкоголизм с полиорганными поражениями: жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит. Наркомания (по данным медицинской документации).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Криптококковый менингоэнцефалит.
б) ВИЧ-инфекция (стадия 4 В) (B20.5).
в) —.
г) —.
- II. Хронический вирусный гепатит В+С (B18.8).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

При формулировке **диагноза туберкулеза** следует учитывать, что его Российская классификация, утвержденная **приказами Минздрава РФ от 22.11.1995 г. № 324 и Минздравсоцразвития РФ от 21.03.2003 г. № 109,** не соответствует МКБ-10

В клинических и патологоанатомических диагнозах следует употреблять Российскую классификацию и термины, а их кодировку проводить по МКБ-10, используя **РЕКОМЕНДАЦИИ**, разработанные **ЦНИИ туберкулеза РАМН**

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Первичный туберкулез (бактериологическое исследование — ..., дата) в фазе острого прогрессирования: первичный туберкулезный комплекс в виде первичного аффекта во II сегменте правого легкого и казеозного лимфаденита внутригрудных лимфатических узлов. Крупноочаговая генерализация в легких, печени, селезенке, почках (A16.7).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Генерализованный крупноочаговый гематогенный туберкулез.
б) Первичный туберкулезный комплекс, фаза острого прогрессирования (A16.7).
в) —.
г) —.
- II. —.

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Двусторонний крупноочаговый диссеминированный туберкулез легких в фазе прогрессирования: ацинозно-лобулярные и лобулярные очаги казеозного некроза во всех долях легких, малые острые пневмониогенные каверны в I, II, VI сегментах обоих легких. МБТ + (всеми методами) (A19.0).

2. Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями: алкогольная энцефалопатия (микрогирия лобных долей, фиброз мягкой мозговой оболочки, умеренная внутренняя гидроцефалия), алкогольная кардиомиопатия (масса сердца 360 г, гипертрофия миокарда преимущественно левого желудочка, толщина его стенки 2 см, жировая дистрофия миокарда, дилатация полостей сердца), жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.1).

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Прогрессирование туберкулеза.

б) Диссеминированный туберкулез легких (A19.0).

в) — .

г) — .

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

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Генерализованный туберкулез в фазе прогрессирования с поражением легких (мелкоочаговый диссемнированный туберкулез легких (МБТ мокроты +, методы), селезенки, почек, кишечника (инфильтративно-язвенный туберкулез терминального отдела подвздошной кишки (МБТ кала +, методы) (А 19.1).

Осложнения основного заболевания: Перфорация туберкулезной язвы подвздошной кишки. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Отек легких, отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Узловато-разветвленный рак (гистологически — умереннодифференцированный плоскоклеточный рак) V сегментарного бронха правого легкого (T2 N0 M0) (C34).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Разлитой перитонит
- б) Перфорация туберкулезной язвы кишки.
- в) Генерализованный туберкулез (А19.1).
- г) — .

II. Плоскоклеточный рак V сегментарного бронха правого легкого (C34).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: Милиарный туберкулез (стероидный туберкулез) с поражением легких, почек, селезенки. Туберкулезный базилярный менингит (МВТ — бактериоскопически) (A19.1).

2. Фоновое заболевание: Системная красная волчанка, с преимущественным поражением почек (мезангиокапиллярный гломерулонефрит), леченная кортикостероидами (дозы, даты) (M32.9).

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Туберкулезный менингит.

в) Милиарный туберкулез (A19.1).

г) —.

II. Системная красная волчанка, леченная кортикостероидами (M32.9).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Узловато-разветвленный рак (умереннодифференцированный плоскоклеточный рак — гистологически) верхнедолевого бронха левого легкого. Распространенные метастазы рака в обоих легких, печень, почки, надпочечники (T4 N1 M1)

Осложнения основного заболевания: Кахексия, бурая атрофия миокарда и печени.

Сопутствующие заболевания: Очаговый туберкулез II сегмента левого легкого, фаза прогрессирования, с формированием нодозных и ацинозно-лобулярных очагов-отсевов (A15.1).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия

б) Плоскоклеточный рак левого верхнедолевого бронха с распространенными метастазами (C34).

в) — .

г) — .

II. Очаговый туберкулез II сегмента левого легкого, фаза прогрессирования (A15.1).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Лимфома Ходжкина (смешанно-клеточный вариант) с поражением внутригрудных и шейных лимфатических узлов, селезенки и нижней доли правого легкого (С81.2).

Осложнения основного заболевания: Правосторонний геморрагический плеврит. Кахексия, бурая атрофия миокарда и печени.

Сопутствующие заболевания: Туберкулема V сегмента левого легкого с распадом и бронхогенной генерализацией (А15.2).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия.

б) Лимфома Ходжкина (С81.2).

в) — .

г) — .

II. Туберкулема V сегмента левого легкого, фаза острого прогрессирования (А15.2).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Комбинированное основное заболевание:

1. Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (размеры очага, дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стадия, степень, процент стеноза) (I21.0).
2. Кавернозный туберкулез VI сегмента левого легкого, фаза прогрессирования (МБТ+ — бактериологически) (A15.1).

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

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
б) острый инфаркт миокарда (I21.0).
в) — .
г) — .
- II. Кавернозный туберкулез VI сегмента левого легкого, фаза прогрессирования (A15.1).

ПРИМЕРЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ

Основное заболевание: Посттуберкулезный диффузный пневмосклероз в исходе диссеминированного туберкулеза легких. Хроническая обструктивная эмфизема легких, двусторонние цилиндрические бронхоэктазы базальных легочных сегментов. МБТ — (всеми методами). Легочное сердце: эксцентричная гипертрофия преимущественно правого желудочка (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,7 см, ЖИ 0,9) (B90.9).

Осложнения основного заболевания: Хроническое общее венозное полнокровие, гидроперикард, анасарка, отек легких и головного мозга. Вторичный амилоидоз с поражением почек и селезенки.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Хроническая сердечно-легочная недостаточность.
б) Легочное сердце.
в) Посттуберкулезный пневмосклероз (B90.9).
г) — .
- II. — .

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ