

**ПРОФИЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ  
РОССИЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО**

**ФГБНУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ» ФЕДЕРАЛЬНОГО  
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА РОССИИ**

**ГБОУ ВПО «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ» МИНЗДРАВА РОССИИ**

**ГБОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И.ПИРОГОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ**

**ГБОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И.ЕВДОКИМОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ**

**ФОРМУЛИРОВКА  
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА  
ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ  
(КЛАСС X «БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ» МКБ-10)**

**Клинические рекомендации**

**Москва – 2015**

**Составители:**

**Франк Г.А.**, академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО РМАПО Минздрава России, главный внештатный патологоанатом Минздрава России, Первый Вице-президент Российского общества патологоанатомов;

**Чучалин А.Г.**, академик РАН, д.м.н., профессор директор ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, главный внештатный терапевт Минздрава России;

**Черняев А.Л.**, д.м.н., профессор, заведующий отделом патологии ФГБУ НИИ пульмонологии ФМБА России;

**Мишнев О.Д.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии и клинической патологической анатомии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Вице-президент Российского общества патологоанатомов;

**Зайратьянц О.В.**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, Вице-президент Российского и Председатель Московского обществ патологоанатомов;

**Кактурский Л.В.**, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор заведующий ЦПАЛ ФГБНУ НИИ морфологии человека, главный внештатный патологоанатом Росздравнадзора, Президент Российского общества патологоанатомов;

**Рыбакова М.Г.**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России, главный внештатный патологоанатом Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербург;

**Орехов О.О.**, к.м.н., заведующий патологоанатомическим отделением ГКБ № 67, главный внештатный патологоанатом Департамента здравоохранения города Москвы;

**Самсонова М.В.**, д.м.н. заведующая лабораторией патологической анатомии и иммунологии ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России,

**Михалева Л.М.**, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией клинической морфологии ФГБНУ НИИ морфологии человека;

**Васильева О.С.**, д.м.н., заведующая лабораторией профессиональных заболеваний легких ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России.

**Клинические рекомендации обсуждены и утверждены  
на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов  
(г. Петрозаводск, 22-23 мая 2015 г.).**

**Сокращения**

БА – бронхиальная астма

БОД – болезни органов дыхания

БЭ – бронхоэктазия (легких)

ИБС – ишемическая болезнь сердца

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра

МНБ – международная номенклатура болезней

ОДН – острая дыхательная недостаточность

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

## Методология

### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

Поиск в электронных базах данных.

### **Описание методов, использованных для сбора/ селекции доказательств:**

Доказательной базой для данных рекомендаций, являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, баз данных EMBASE и MEDLINE, МКБ-10, МНБ.

### **Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- консенсус экспертов
- проработка МКБ-10
- изучение МНБ.

### **Методы, использованные для формулировки рекомендаций:**

Консенсус экспертов

### **Консультации и экспертная оценка:**

Предварительная версия была обсуждена на заседании профильной комиссии по специальности «патологическая анатомия» Минздрава России 19.02.2015 г, на заседании Московского общества патологоанатомов 21.04.2015 г, после чего выставлена на сайте Российского общества патологоанатомов ([www.patolog.ru](http://www.patolog.ru)) для широкого обсуждения, для того чтобы специалисты, не принимавшие участие в профильной комиссии и подготовке рекомендаций, имели возможность с ними ознакомиться и обсудить их. Окончательное утверждение рекомендаций проведено на VIII Пленуме Российского общества патологоанатомов (22-23 мая 2015 г, г. Петрозаводск).

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, прокомментировавшими, прежде всего, доходчивость и точность интерпретаций доказательной базы, лежащих в основе данных рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций, они были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Формула метода:**

Приведена методика использования МКБ-10 в практике отечественной патологической анатомии. Изложены правила заполнения статистических учетных документов: патологоанатомического диагноза, медицинского свидетельства о смерти. Проведена адаптация кодов МКБ-10 к особенностям отечественной диагностической терминологии.

### **Показания к применению:**

Унифицированное использование МКБ-10 на всей территории страны необходимо для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о смертности и причинах смерти населения.

### **Материально-техническое обеспечение:**

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10).

«Медицинское свидетельство о смерти» - утверждено приказом МЗ РФ № 241 от 07.08.1998 г.

## Аннотация

Клинические рекомендации предназначены для патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, кардиологов и врачей других специальностей, а также для преподавателей клинических кафедр, аспирантов, ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение качества диагностики болезней органов дыхания и их статистического учета среди причин

смертности населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику современные стандартные принципы построения (формулирования) заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов при болезнях органов дыхания для получения унифицированных показателей для статистических исследований в соответствии с требованиями МКБ ВОЗ. Приведены примеры построения (формулировки) патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

Клинические рекомендации составлены на основании обобщения данных литературы и собственного опыта авторов. Авторы отдают себе отчет в том, что построение и формулировка диагнозов могут изменяться в будущем по мере накопления новых научных знаний. Поэтому, несмотря на необходимость унификации формулировки патологоанатомического диагноза, некоторые предложения могут послужить поводом для дискуссии. В связи с этим любые иные мнения, замечания и пожелания специалистов будут восприняты авторами с благодарностью.

## **ВВЕДЕНИЕ**

По отчетам Министерства здравоохранения РФ за 2013 год болезни органов дыхания [БОД] (класс X по МКБ -10) по заболеваемости составили в абсолютных числах 24024922 или 20634,2 на 100 тыс. населения и прочно удерживают 5 место среди всех заболеваний [11,12]. Из них на такие болезни, как пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, интерстициальные болезни легких приходится 15,5% от всех БОД. В Российской Федерации смертность от БОД в 2013 г составила 51,6 на 100 населения (74068 умерших), из них от пневмоний - 26,7 на 100 тыс. населения, ХОБЛ - 21,2 на 100 тыс. населения, бронхиальной астмы (БА) – 1,2 на 100 тыс. населения. Смертность от хронических заболеваний легких среди всех умерших от БОД составляет 38,9%, при проведении патологоанатомических вскрытий – 34,5%. Доля расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов при пневмонии в 2013 г составила 11,3%, для хронических заболеваний легких этот показатель был равен 32,1 % [11,12].

Диагноз – один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, основа управления качеством медицинских услуг, документальное свидетельство профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о заболеваемости и смертности населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти. Особенно высока ответственность, возложенная на врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

Рекомендации являются результатом консенсуса между клиницистами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и направлены на повышение

качества диагностики болезней органов дыхания и их статистического учета среди причин смертности населения.

## Общие положения

### Основные принципы формулировки диагноза

Построение (формулировка) диагноза основано на нозологическом принципе и соответствии требованиям Международной номенклатуры болезней (МНБ), в частности «Перечню болезней нижних дыхательных путей» (1979); руководствам и национальным программам Всероссийского общества пульмонологов; Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра, Женева 1989 (МКБ -10) и рекомендациям ВОЗ (МКБ -10, том 2) [10], а также добавленным рубрикам в соответствии с обновлением ВОЗ 1989-2012 гг. (Письмо Минздрава России от 05.12.2014 г. №13-2/1664).

Нозологический принцип построения диагноза является традицией российской клинической школы. *Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях.* [1 - 4].

**Нозологическая форма** - это болезнь, выделенная на основании этиологии, патогенеза и характерной клинико-морфологической картины; это единица номенклатуры и классификации болезней [1, 6, 7, 13], это совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния [4, 9].

При изучении болезни оценивают и анализируют комплекс патологических изменений в различных системах организма. Кроме того, на эти системы постоянно оказывает влияние множество внешних факторов. Отражением этого сложного процесса является **диагноз** – краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге [1, 6, 7, 9, 13, 14].

Диагностический и лечебный процесс представляют собой единое целое. В связи с этим клинический и патологоанатомический диагнозы не могут быть только перечнем выявленных у больного нозологических единиц, синдромов и симптомов, а должны наиболее полно отражать все патологические изменения и соответствовать следующим принципам:

- нозологическому (с учетом требований МКБ-10 и возможности статистического учета);

- интранозологическому (уточнение формы, стадии активности, тяжести, степени нарушения функции);

- патогенетическому (отражение последовательности развития патологических процессов и заболеваний, степени их взаимосвязи, особенностей их интегральных проявлений и последствий);

- динамическому (изменение патологических состояний в течение заболевания и его лечения);

- структурному (оформление диагноза с учетом танатогенеза, отражение последовательности, подчиненности процессов, особенностей их взаимодействия).

МКБ-10 является последней в серии пересмотров классификаций, первая из которых была формализована в 1893 г. как классификация Бертильона, или Международный перечень причин смерти. В современной МКБ-10 патологические состояния группируются таким образом, чтобы обеспечить ее максимальную приемлемость при использовании для решения общих эпидемиологических задач, а также и для оценки качества оказания медико-санитарной помощи. [6].

Главная цель международной номенклатуры болезней (МНБ) заключается в том, чтобы определить название каждой нозологической формы. Основные критерии при выборе названия – это его специфичность, отсутствие двусмысленности, простота, выражение сущности болезни и указание причины, ее вызывающей. В МНБ определения всех болезней и синдромов являются краткими, каждое определение дополнено перечнем синонимов. В 1979 году вышел в свет перечень болезней нижних дыхательных путей (Diseases of the low respiratory tract), который следует использовать при формулировке клинического диагноза.

*Заключительный клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза [4, 9]:*

- 1) «Основное заболевание» или «Комбинированное основное заболевание»

2) «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение

3) «Сопутствующие заболевания».

*Нерубрифицированные заключительный клинический, патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению. Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как неверно оформленный [4, 9].*

**Основное заболевание** – это одна (при монокаузальном диагнозе) или несколько (при би- и мультикаузальном диагнозе) нозологических единиц (заболеваний или травм), по поводу которых проводилось обследование или лечение во время *последнего эпизода* обращения за медицинской помощью, и записанных в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней. 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.

Для *этапных клинических диагнозов* определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. *В связи с этим в процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться [4, 9].*

Варианты структуры диагноза были предложены Г.Г.Автандиловым в 1971 г. В их разработке большая заслуга принадлежит А.В.Смольяникову, А.М.Вихерту, Н.К.Пермякову, В.В.Серову, О.К.Хмельницкому, Д.С.Саркисову, и др. (Табл. 1).

Таблица 1

Варианты структуры диагноза (Автандилов Г.Г., 1971, 1994) [цит. по 4, 9]

А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
Основное заболевание	Комбинированное основное заболевание: – два конкурирующих заболевания; – два сочетанных заболевания; – основное и фоновое заболевание	Полипатия а) этиологически и патогенетически связанные несколько болезней и состояний (семейство болезней); б) случайные сочетания нескольких заболеваний и состояний (ассоциация болезней)
Осложнения	Осложнения	Осложнения
Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания

*Основное заболевание при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой). Для учета коморбидности применяется понятие*

**«Комбинированное основное заболевание»**, представленное двумя конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями (бикаузальный диагноз) [9 - 16]. Такая структура построения диагноза позволяет избежать субъективного подхода при оформлении медицинского свидетельства о смерти (частей I и II) и кодировании заболеваний для их статистического учета в соответствии с требованиями МКБ-10.

Не следует формулировать диагноз по мультикаузальному принципу («полипатия») из-за особенностей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза.

Допускается расширение комбинированного основного заболевания до трех нозологических единиц, например, два конкурирующих или сочетанных и фоновое заболевание.

При летальных исходах приняты следующие определения компонентов комбинированного основного заболевания [9 - 14]:

**Конкурирующие заболевания** – это нозологические единицы или травмы, которыми одновременно страдал умерший и каждая из них в отдельности, несомненно, могла привести к смерти.

**Сочетанные заболевания** – это нозологические единицы или травмы, которыми одновременно страдал умерший и, которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода.

**Фоновым заболеванием** является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий с ним патогенез, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение и способствовало возникновению смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие.

Допустимо указывать компоненты комбинированного основного заболевания под номерами (цифрами 1, 2 и т.д.), без использования подзаголовков «конкурирующие» или «сочетанные» заболевания. Их квалификация, в отличие от фоновых заболеваний, достаточно субъективна.

*Принципиальное значение имеет то, какая из нозологических единиц выставлена в комбинированном основном заболевании на первом месте. При летальном исходе она, как и основное заболевание при монокаузальном диагнозе, является первоначальной причиной смерти.*

**Первоначальная причина смерти** – это болезнь или травма, которая вызвала последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти; обстоятельство несчастного случая или акта насилия, вызвавшее смертельную травму [4, 9].

Единственная нозологическая единица при монокаузальном основном заболевании или первая из нозологических единиц при комбинированном основном заболевании должна быть записана и закодирована по МКБ-10 как первоначальная причина смерти в части «I» медицинского свидетельства о смерти. Другие нозологические единицы (конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевания) записывается и кодируется в части «II» медицинского свидетельства о смерти [9 - 12].

*При прочих равных условиях, среди конкурирующих или сочетанных заболеваний в составе комбинированного основного заболевания предпочтение имеет и на первое место в диагнозе выставляется [9-12]:*

- 1) нозологическая форма, имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим),
- 2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,
- 3) в случаях, когда применение пп.1-2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:
  - была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.),
  - потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям,
  - была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

Заключительный клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы всегда должны быть развернутыми, комплексными, включать все известные в данном конкретном случае морфологические, клинико-лабораторные 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 диагноза), по поводу которых они производились.*

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после ... (операции 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 [4, 9].*

*Не допускается [4, 9]:*

- указывать в качестве основного заболевания те нозологические единицы, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса;
- в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, без последующего уточнения конкретной нозологической единицы. В патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома и др.).
- употреблять в любой рубрике диагноза термины «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных артерий. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др. - в МКБ-10 имеются соответствующие коды);
- представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти органые поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы. Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз аорты и артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета, наряду с микроангиопатией;
- в любой рубрике диагноза употреблять некорректные и неточные термины: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», «инфаркт-пневмония» и им подобные;

**Осложнения основного заболевания** – это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или

косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнение основного заболевания определяется как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти. Осложнение основного заболевания – это присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушения целостности органа или его стенки, кровотечения, острой или хронической недостаточности функции органа или системы органов [13].

Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения – индивидуальны. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко определена. Например, синдром портальной гипертензии при циррозе печени или легочное сердце при ХОБЛ логично считать проявлениями основного заболевания, однако допускается перенос их в рубрику «Осложнения основного заболевания». Перечислять осложнения целесообразно в патогенетической или временной последовательности [4, 9].

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – **смертельное осложнение** (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность. Смертельное осложнение указывается в пункте 19, части «I» медицинского свидетельства о смерти как непосредственная причина смерти.

**Непосредственная причина смерти** – смертельное (главное) осложнение, реже – само основное заболевание, непосредственно приведшее к летальному исходу (нозологическая единица или синдром, определяющие развитие терминального состояния и механизм смерти) [4, 9].

**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 [4, 9].

**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 связаны с основным

заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участия в танатогенезе. По поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. *Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.* Важнейшие сопутствующие заболевания указываются и кодируются в части «II» медицинского свидетельства о смерти [4, 9].

В рубриках диагноза «Основное заболевание» («Комбинированное основное заболевание») и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно – синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, особенностей пато-, морфо-, и танатогенеза, указываются ее проявления. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными (как и в рубрике «Осложнения основного заболевания»).

### **Пневмонии**

В структуре заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов «Пневмония» может занимать различные позиции [15, 16].

Во-первых, пневмония рассматривается как **основное заболевание** (первоначальная причина смерти), самостоятельное или коморбидное (в составе комбинированного основного заболевания), имеет свой код по МКБ-10 и веские клинико-патологоанатомические основания для такого заключения.

Во-вторых, «Пневмония» часто и обоснованно, в соответствии с требованиями МКБ-10 (см. т.2), учитывается в диагнозе как **осложнение основного заболевания**, и не получает кода по МКБ-10 для последующего статистического анализа.

В-третьих, «Пневмония» может быть учтена в диагнозе как проявление основного заболевания, то есть соответствует коду **J17\* Пневмония при болезнях, классифицируемых в других рубриках**. Это относится к классифицируемым в других рубриках бактериальным, вирусным, микотическим, паразитарным и другим пневмониям. При этом кодирование осуществляется не по пневмонии, а по конкретной нозологической форме, проявлением которой она явилась.

Наконец, в-четвёртых, пневмонии могут классифицироваться в других рубриках МКБ-10 и иметь соответствующие коды. Например, к ним относятся: врождённая пневмония (P23.9), пневмония новорождённых (P24.9), пневмония при анестезии во время беременности (O29.0), родов (O74.0), послеродового периода (O89.0), пневмония (в МКБ-10: *пневмонит*) при вдыхании твёрдых и жидких веществ (J69.-) и другие.

В классификации (рубрификации) пневмонии в МКБ-10 преобладает этиологический (микробиологический) принцип, поэтому при выясненной этиологии пневмонии, когда она рассматривается как основное заболевание, в МКБ-10 имеются необходимые коды. Для определения возбудителя, необходимо, в первую очередь использовать результаты прижизненного микробиологического и других современных лабораторных методов исследования. Рекомендуется проводить микробиологическое и бактериоскопическое исследование трупного материала. В тех случаях, когда возбудителя пневмонии установить не удастся, следует в порядке исключения использовать **коды J18.0 – Бронхопневмония неуточнённая и J18.1 – Долевая пневмония неуточнённая.**

Диагноз «Гипостатическая пневмония» (**J18.2**) не может рассматриваться в качестве основного заболевания, такая пневмония указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания» и не кодируется. От заключения о наличии гипостатической пневмонии следует воздержаться до проведения микроскопического исследования, так как часто на фоне венозного полнокровия лёгких морфологический субстрат пневмонии может отсутствовать. Термин «гипостатическая» в диагнозе не употребляется.

При формулировке диагноза пневмонии в клинической и патологоанатомической практике **основным заболеванием** при соответствующем клинико-анатомическом и микробиологическом обосновании могут явиться:

- вирусные пневмонии (см. рубрики J09 – J12),
- бактериальные пневмонии (см. рубрики J13 – J16),
- вирусно-бактериальные пневмонии (в МКБ-10 отсутствуют соответствующие рубрики, такие пневмонии кодируются по соответствующей вирусной пневмонии, с включением в диагноз бактериальных проявлений),
- пневмонии, вызванные атипичными возбудителями (микоплазмы, хламидии, легионеллы, коксиелла Бернетта). При этом пневмонии, вызванные легионеллами, учитываются в другой рубрике МКБ-10 (A48.1 Болезнь легионеров).

При вирусной пневмонии, в частности, при гриппе, патологоанатомический диагноз следует формулировать, принимая во внимание добавленную ВОЗ в МКБ-10 рубрику J09 «Грипп, вызванный определённым идентифицированным вирусом гриппа», а также сохранённые рубрики J10 «Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа» и J11 «Грипп, вирус не идентифицирован».

Другие вирусные пневмонии представлены в рубрике J12 «Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках». Здесь нашли своё место пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом (J12.1), аденовирусами (J12.0), вирусами парагриппа (J12.2), а также и другие вирусные пневмонии (J12.8), в том числе и

неуточнённые (J12.9). В соответствии с обновлениями ВОЗ, в МКБ-10 внесено дополнение: J12.3 «Пневмония, вызванная метапневмовирусом человека». Также дополнительно была введена рубрика J21.1 «Острый бронхит, вызванный метапневмовирусом человека».

### **Пример патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.**

1. Основное заболевание. J10. Грипп А (H1N1) (указать вариант гриппа по данным вирусологического исследования, на основании каких методов исследования он был установлен – ПЦР назофарингиальных смывов или отпечатков со слизистой оболочки носоглотки, выращивание вируса на куриных эмбрионах, указать титр антител и дату исследования): двустороннее острое диффузное альвеолярное повреждение легких по типу острого респираторного дистресс-синдрома взрослых (подтвержденное клинкорентгенологическими данными), острый геморрагический ларинготрахеит (при наличии беременности – указывается в этой рубрике: при беременности, сроком ... и т.д.).

2. Фоновые заболевания (если есть). Ожирение (степень, данные индекса массы тела – ИМТ), ХОБЛ (подтвержденная показателями функции внешнего дыхания), бронхоэктазы, бронхиальная астма (форма, тяжесть течения, контролируемая/неконтролируемая), сахарный диабет (тип, компенсация/декомпенсация), хроническая алкогольная интоксикация или хронический алкоголизм и т.д.

Осложнения. Морфологический субстрат и клинические данные острой дыхательной недостаточности - ОДН (степень), недостаточности кровообращения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (с их характеристикой при ХОБЛ). Отек головного мозга (если диагностирован).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Интубация трахеи (трахеостомия – длительность) и ИВЛ (если проводилась, сколько суток). Осложнения интубации трахеи и ИВЛ.

Сопутствующие заболевания. Атеросклероз (локализация, степень выраженности).

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) острая дыхательная недостаточность.
  - б) диффузное альвеолярное повреждение
  - в) грипп А (H1N1) [J10].
  - г) —.
- II. Ожирение 3 степени [E66.3]

**Аспирационная пневмония** у взрослых практически всегда является осложнением основного заболевания. Формулировка диагноза при этом требует исключения ятрогенного характера такой пневмонии. При аспирационной пневмонии определяется анаэробная флора полости рта (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*), а также микст аэробов (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*)

При наличии **абсцессов легкого** диаметром менее 2 см правомочно использовать термин очагово-сливная бронхопневмония с абсцедированием в качестве осложнения основного заболевания. Абсцесс легкого приобретает статус основного заболевания только в тех наблюдениях, когда диаметр абсцесса превышает 2 см., или при убедительных признаках его хронического характера.

При злокачественных новообразованиях пневмония (параканкрозная) является осложнением основного заболевания. Это также относится к подавляющему большинству пневмоний при сахарном диабете, хронической алкогольной интоксикации и алкоголизме,

многих других заболеваниях, особенно сопровождающихся иммунодефицитным состоянием.

Термин «Хроническая пневмония» не должен фигурировать в диагнозе, поскольку нет единой этиологической и морфологической основы для этого синдрома. В настоящее время следует использовать названия конкретных нозологических форм и их этиологических факторов (*Nocardia*, *Actinomyces*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium-intracellulare*, *Histoplasma capsulatum* и др.), вызывающих гранулематозное воспаление и образование каверн.

***В МКБ-10 не предусмотрено подразделение и кодирование пневмоний на внебольничные (домашние, контагиозные, в том числе и атипические) и нозокомиальные (госпитальные, внутрибольничные, в том числе, вызванные атипическими возбудителями).***

Согласно рекомендациям Российского респираторного общества (2010), внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода\отделения длительного медицинского наблюдения более 14 суток, - сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы (Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых, Российское респираторное общество, межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2010).

Наиболее тяжело внебольничные пневмонии протекают у лиц пожилого возраста, при наличии коморбидных заболеваний (онкологических и гематологических, сердечно-сосудистых, сахарного диабета, заболеваний почек и печени, ХОБЛ, алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, вирусных инфекций и др.). Летальность при этом составляет 15 – 30%. Такие внебольничные пневмонии нередко рассматриваются либо как основное заболевание, либо как конкурирующее или сочетанное в составе комбинированного основного заболевания.

В России заболеваемость внебольничными пневмониями среди всех возрастных групп составляет 10-15 случаев на 1000 населения. Летальность в середине 90-х гг. составляла около 2,2% случаев от числа госпитализированных больных, а к началу 2000 г. достигла 5% среди лиц среднего возраста и 30% - у пожилых. По данным проводимого

Роспотребнадзором еженедельного мониторинга, в период 2009-2012 гг. летальность от внебольничных пневмоний (зарегистрированных по оперативным данным) составляла в среднем 0,5% еженедельно, доходя в период пандемического распространения гриппа А Н1N1 в 2009 г. до 1,2%, а по итогам 2011 г. – до 0,9%.

Согласно приказа Минздрава России № 300 от 18.10.1998 «Стандарты диагностики и лечения пневмоний и обструктивной болезни легких», ошибки в диагностике внебольничных пневмоний достигают 20%, диагноз в первые 3 дня болезни ставится лишь у 35% заболевших.

Внебольничную пневмонию следует различать от внутрибольничной (нозокомиальной, госпитальной) пневмонии, как отдельную форму, имеющую принципиально другие эпидемиологические особенности, включающие как спектр возбудителей, так и факторы эпидемического процесса, и, соответственно, другие принципы лечения и меры профилактики.

**Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии**, как правило, являются вторичными пневмониями, т.е. осложнением основного заболевания. Основными возбудителями нозокомиальных пневмоний в настоящее время являются: *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas spp.*, а также устойчивые к пенициллину штаммы золотистого стафилококка. В исключительном случае статус нозокомиальной пневмонии может быть повышен в диагнозе до уровня основного заболевания.

При невозможности проведения бактериологического исследования следует обязательно определить тинкториальные свойства возбудителя при окраске по Граму (положительные или отрицательные) и внести это в патологоанатомический диагноз для этиологической характеристики болезни. В этих случаях следует использовать код **J15.8 Другие бактериальные пневмонии** с указанием в диагнозе грамм-отрицательной или грамм-положительной микрофлоры [9]. Код **J15.9 Бактериальная пневмония неуточнённая**, как и другие коды, оканчивающиеся на «.9» в диагнозе, особенно патологоанатомическом или судебно-медицинском, по требованию МКБ-10 не употребляются, т.к. указывают на неуточненную причину смерти.

Характеризуя пневмонию, помимо ее этиологии, следует указать ее локализацию и распространенность (сегмент, доля и т.д.) и вариант (очаговая, очагово-сливная, долевая или плевропневмония) и не указывать такие характеристики, как, например, вне- и внутрибольничная, гипостатическая, послеоперационная, параканкротная и другие. Сегменты легких принято нумеровать римскими цифрами от I до X. Термин «крупозная пневмония» не употребляется.

## Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.

### ***Пневмония – основное заболевания***

Основное заболевание. J13. Пневмония: пневмококковая сливная нижней доли правого легкого, или долевая пневмония с поражением нижней доли правого легкого, вызванная *St. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), с ограниченным (распространенным) фибринозным плевритом.

Осложнения. Фибринозный перикардит. Отек легких.

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) острая дыхательная недостаточность.

б) правосторонняя нижнедолевая пневмококковая пневмония [J13]

в) —.

г) —.

II.

Основное заболевание. J15.2. Пневмония: стафилококковая (бактериологическое исследование, дата), очагово-сливная в VI-X сегментах правого легкого.

Осложнения. Некардиогенный отек легких.

Основное заболевание J15.8. Пневмония: вызванная грамположительной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование), двусторонняя очаговая в нижних долях.

Основное заболевание J15.8. Пневмония: вызвана грамотрицательной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование), очагово-сливная в нижней доле (или в ... сегментах) левого легкого.

Основное заболевание J18.1. Пневмония: правосторонняя нижнедолевая. Очаговый (распространенный) фибринозный плеврит справа.

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Острая дыхательная недостаточность.

б) правосторонняя нижнедолевая плевропневмония [J18.1]

в) —.

г) —.

II.

### ***Пневмония – осложнение основного заболевания***

Основное комбинированное заболевание.

1. I61.0. Внутримозговая гематома (размеры) в области теменной и затылочной долей правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (локализация, степень, стадия).

2. Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь (характеристика изменений сердца и почек).

Осложнения. Очаговая (очагово-сливная) бронхопневмония, вызванная *Kl. pneumoniae* (бактериологическое исследование, дата), в V-X сегментах правого легкого. Отек легких. Отек головного мозга.

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) острая дыхательная недостаточность.

б) правосторонняя бронхопневмония

в) внутримозговая гематома [I61.0].

г) —.

II. Гипертоническая болезнь [I10].

Основное заболевание. J85.1. Хронический абсцесс в I-III сегментах правого легкого, дренируемый II сегментарным бронхом, с организующейся перифокальной пневмонией.

Осложнения. Правосторонний фибринозно-гнойный плеврит (или эмпиема плевры, 200 мл).

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Эмпиема плевры

б) хронический абсцесс в верхней доле правого легкого с пневмонией [J85.1]

в) —.

г) —.

Основное заболевание. K25.4 Язвенная болезнь желудка: хроническая язва желудка (размеры) в области малой кривизны с кровотечением. Операция: лапаротомия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости (дата).

Осложнения. Аспирационная очагово-сливная пневмония в I-III сегментах правого и IV-X сегментах левого легкого.

Основное заболевание. F10.1. Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями.

Осложнения. Аспирационная двусторонняя очагово-сливная бронхопневмония в IV-X сегментах легких (или двусторонняя аспирационная нижнедолевая пневмония).

## **Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)**

Код J41 рекомендуется использовать в случаях необструктивного бронхита и/или с обратимой обструкцией. Другими словами, этот код может быть использован при поражении только крупных бронхов. Хронический бронхит может быть основным или сопутствующим заболеванием.

ХОБЛ в патологоанатомическом диагнозе может занимать позиции **основного** (в том числе и коморбидного, в составе основного комбинированного заболевания, например, фонового) или **сопутствующего** заболеваний.

Для кодирования ХОБЛ используют рубрику J44.-. Морфологически ХОБЛ представлена тремя составляющими: хроническим диффузным бронхитом и бронхиолитом, пневмосклерозом междольковой соединительной ткани (перибронхиальный и периваскулярный пневмосклероз может быть выявлен только гистологически), хронической обструктивной эмфиземой легких (чаще всего сочетанием централобулярной и буллезной). Патологоанатомической диагноз ХОБЛ может быть поставлен на аутопсии только на основании трех перечисленных выше признаков. При этом клинически (данные спирометрии) определяется прогрессирующая необратимая обструкция дыхательных путей, ведущая к развитию дыхательной или легочно-сердечной недостаточности. Кроме того, ХОБЛ осложняется прогрессирующей вторичной легочной гипертензией и формированием легочного сердца.

При обострении ХОБЛ следует использовать два кода: J44.0 («респираторной инфекцией нижних дыхательных путей, включая вирусную») – при ХОБЛ с обострением и пневмонией и J44.1 («обострением бактериальным или неуточненным») – при ХОБЛ с обострением без пневмонии.

Код J44.8 («другая уточненная» ХОБЛ) - следует использовать при ХОБЛ вне обострения и различных формах облитерирующего бронхиолита вне обострения.

Вторичная легочная гипертензия с формированием легочного сердца является осложнением ХОБЛ, поскольку обнаруживаются не во всех наблюдениях (однако отнесение их к проявлению ХОБЛ не является ошибкой при формулировании диагноза).

**Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов и оформления медицинских свидетельств о смерти.**

Основное заболевание. 1. J18.1. Долевая плевропневмония (желательно указать этиологию) в верхней доле правого легкого. Распространенный фибринозный плеврит справа.

2. Фоновое заболевание. ХОБЛ: хронический гнойный обструктивный диффузный бронхит, диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная) верхних долей, буллезная эмфизема легких во всех сегментах обоих легких.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

*Медицинское свидетельство о смерти.*

- I. а) Острая дыхательная недостаточность.
  - б) правосторонняя верхнедолевая плевропневмония [J18.1]
  - в) —.
  - г) —.
- II. ХОБЛ [J44.0]

Не только долевая пневмония (плевропневмония), но и, в виде исключения, очагово-сливная бронхопневмония может быть основным заболеванием при наличии фонового – ХОБЛ, если объем поражения легких составляет 3-5 и более сегментов.

Основное заболевание. J44.1 ХОБЛ: хронический обструктивный диффузный бронхит в стадии обострения, фиброз междольковой соединительной ткани, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная или/ буллезная).

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) легочно-сердечная недостаточность.
  - б) легочное сердце
  - в) ХОБЛ в стадии обострения [J44.1]
  - г) —.
- II.

Основное заболевание. J44.0 ХОБЛ в стадии обострения: хронический обструктивный диффузный бронхит в стадии обострения, фиброз междольковой соединительной ткани, хроническая обструктивная эмфизема легких (центролобулярная, панацинарная или/ буллезная), очагово-сливная бронхопневмония в IV-VI сегментах правого и IX-X сегментах левого легких

Осложнения. Острая дыхательная недостаточность (по данным истории болезни). Отек легких.

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) острая дыхательная недостаточность.
  - б) правосторонняя полисегментарная бронхопневмония
  - в) ХОБЛ [J44.0]
  - г) —.
- II.

Основное заболевание J44.8. Хронический облитерирующий констриктивный бронхиолит (подтвержденный при открытой или трансbronхиальной биопсией или посмертно при гистологическом исследовании), диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

Осложнение. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (целесообразно указать среднее давление в легочной артерии - СДЛА - больше 35 мм рт. ст., если оно определено при ЭХО-кардиографии, наличие

атеросклероза легочных артерий, массу сердца, толщину стенки правого желудочка, желудочковый индекс более 0,6).

Кроме бронхиолита, который может быть главной причиной обструкции при ХОБЛ, все остальные варианты облитерирующего или констриктивного бронхиолита чаще являются следствием химического воздействия (жидкости, газы, дымы, пары) - код J68.4, воздействия лекарственных препаратов (D-пеницилламин, препараты золота, сульфосалазан) - код J70.3, осложнением лучевой терапии – код J70.1. Во всех остальных случаях облитерирующий бронхиолит будет осложнением или проявлением основного заболевания (диффузные болезни соединительной ткани, посттрансплантационные синдромы, инфекционные заболевания).

У лиц старше 60-70 лет довольно часто на аутопсии наблюдаются изменения легких, сходные с ХОБЛ, но без типичных клинических проявлений (кашель, одышка, обструктивный тип нарушения функции внешнего дыхания) и легочной гипертензии. При этом ткань легкого имеет тряпичный вид, но без ячеистости рисунка на разрезе, бронхи могут значительно выступать над поверхностью разрезов, просветы их обычно пусты, а стенки утолщены незначительно. При такой макроскопической картине легких следует диагностировать старческую инволюцию легких (сенильные легкие), использовать код J98.4 и использовать рубрику сопутствующие заболевания.

### **Бронхоэктазия легких**

Бронхоэктазия (БЭ) легких может быть указана как основное заболевание в случае локализованного поражения одного или обоих легких. В патологоанатомическом диагнозе необходимо указать вариант бронхоэктазов (цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные, сухие, «мокрые» - нагноившиеся) и их посегментарную локализацию. При подозрении на наличие бронхоэктазов необходимо простричь во время аутопсии все бронхи до субсегментарных.

Врожденные БЭ имеют код Q33.4, который используется только у детей первых двух лет жизни, у взрослых применяют код J47. БЭ при туберкулезе кодируются по основному заболеванию (A15, A16).

### **Пример формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти**

Основное заболевание. J47. Бронхоэктазия легких: ограниченные (локальные), сухие (нагноившиеся) мешотчатые (цилиндрические, варикозные) бронхоэктазы в VI–VIII сегментах правого и VIII–X сегментах левого легкого, локальный хронический гнойный бронхит, очаговый перифокальный пневмосклероз, иррегулярная (перифокальная) эмфизема легких, перифокальные ателектазы легкого.

Осложнения. Хроническая дыхательная недостаточность (по данным истории болезни). Кровь в просвете трахеи и бронхов вследствие рецидивирующего легочного кровотечения. Вторичный амилоидоз (характеристика). Анемия (характеристика).

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) хроническая дыхательная недостаточность.  
б) бронхоэктазы правого и левого легких [J47].  
в) —.
- II.

### **Бронхиальная астма**

Для кодирования бронхиальной астмы (БА) используют коды J45 и J46.

При формулировке диагноза БА следует указывать форму астмы (эндогенная, экзогенная, смешанная), степень тяжести (легкая, интермиттирующая, средней тяжести, тяжелая), периоды течения (ремиссия, обострение, затухающее обострение, непрерывно рецидивирующее течение), гормонозависимость.

Если на аутопсии есть основные признаки астматического статуса:

- тотальная обструкция бронхов всех калибров (особенно мелких подплевральных) густым бесцветным секретом и/или густой слизистогнойной мокротой, выдавливающейся в виде «червячков»;
- острое вздутие всех отделов бледно-розовых с поверхности и на разрезе легких;
- отпечатки на них рёбер;
- передние отделы лёгких перекрывают почти полностью область сердца, —

то в код **J46 «Астматический статус»** следует ввести такие же цифры после точки, как при коде **J45**, иначе не будет учтено, при какой форме БА (эндогенной или экзогенной) развился астматический статус.

### **Примеры формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.**

Основное заболевание J45.0 Бронхиальная астма: экзогенная средней степени тяжести, фаза ремиссии, гормонозависимая.

Осложнения. Тромбоэмболия легочной артерии (с указанием источника). Отек легких (если есть).

Основное заболевание. J46.1 Бронхиальная астма: эндогенная, тяжелого течения, фаза обострения, гормонозависимая. Астматический статус: хронический десквамативный бронхит, тотальная обструкция бронхов секретом, острое вздутие легких.

Осложнение. Отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. ИВЛ (трахеостомия, дата) в течение суток. Фибринозно-геморрагический трахеит.

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) асфиксия  
б) острое вздутие легких  
в) бронхиальная астма, астматический статус [J46.1]  
г) —.
- II.

В тех ситуациях, когда при БА имела место передозировка  $\beta_2$ -агонистов или метилксантиновых препаратов, следует использовать коды из блока T36 - T50. При этом, симптомы, свидетельствующие о передозировке, преобладают по степени выраженности

над симптомами самой БА, следовательно, в этих случаях передозировка лекарственных веществ является причиной госпитализации или смерти больного, и такие состояния трактуются как ятрогенная патология.

Профессиональную БА шифруют кодами J45.0 и J45.1. При формулировке диагноза следует указать причинные факторы заболевания (аллерген), в случае отсутствия его идентификации – на комплекс воздействия факторов внешней среды, способных вызвать сенсibilизацию организма.

Патологоанатому следует учитывать, что в клинике могут возникать значительные трудности в дифференциальной диагностике БА и ХОБЛ. Зарубежные пульмонологи в этой связи сочли необходимым выделение особого синдрома ACOS (Asthma-COPD Overlap Syndrome), в котором признаки БА и ХОБЛ «перекрывают друг друга» [18]. (GINA Updated 2015, [www.ginastma.org](http://www.ginastma.org); Gold 2015, [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)).

### **Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов.**

Основное заболевание. J45.0 Бронхиальная астма: профессиональная, экзогенная (гиперчувствительность к эпидермису, шерсти животных и комбикормам), средней степени тяжести, фаза обострения.

Основное заболевание. J45.0. Бронхиальная астма: профессиональная, экзогенная, вызванная контактом с латексом, фаза ремиссии.

Основное заболевание. J45.1. Бронхиальная астма профессиональная: экзогенная, вызванная воздействием паров хлора, фаза ремиссии.

## **Интерстициальные болезни легких (диффузные паренхиматозные заболевания легких)**

### ***Болезни легких, вызванные внешними факторами***

В эту группу заболеваний включают профессиональную патологию, вызванную неорганической пылью (J60 - J65); болезни легких, обусловленные органической пылью (J66 - J67), респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, парами, жидкостями, радиацией (J68 - J70).

К группе пневмокониозов (J60 - J64) относят заболевания легких, вызванные воздействием промышленной пыли, проявляющиеся интерстициальным поражением легких с развитием фиброза, а в некоторых случаях – хронического бронхита. С 1996 г. в России действует новая классификация пневмокониозов, разработанная в ФБГНУ «НИИ медицины труда» и утвержденная МЗ РФ. В этой классификации оценивают тяжесть течения болезни (медленно и быстро прогрессирующее течение, позднее развитие),

функциональные изменения (фаза компенсации дыхательной функции, рестриктивный тип с переходом в смешанный, легочно-сердечная недостаточность), осложнения [8].

#### **Примеры формулировки патологоанатомического диагноза.**

Основное заболевание. J60. Антросиликоз: интерстициальная форма с хроническим обструктивным бронхитом и эмфиземой легких, медленно прогрессирующее течение.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика). Отек легких.

Основное заболевание. J61. Асбестоз: интерстициальный фиброз с облитерацией плевральных полостей, быстро прогрессирующее течение.

Осложнения. Фиброзный плеврит (перикардит). Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика).

Основное заболевание. J62. Силикоз: узелковая (узловая) форма, медленно прогрессирующее течение.

У пациентов с силикозом довольно часто присоединяется туберкулез. Тогда это заболевание называют силикотуберкулезом и шифруют кодом J65. Однако при прогрессировании туберкулеза, когда в клинической картине он играет ведущую роль (двусторонняя диссеминация легких, лобит, казеозная пневмония), туберкулез шифруют кодами A15–A16, а фоновым заболеванием служит силикоз.

#### **Примеры формулировки патологоанатомического диагноза.**

Основное заболевание. J62.0 Талькоз: умеренно выраженный интерстициальный фиброз, хронический бронхит, эмфизема легких.

Основное заболевание. J63.8. Пневмокониоз: гиперчувствительный пневмонит от воздействия пыли твердых сплавов, функционально-рестриктивный тип.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика).

К болезням дыхательных путей, вызванным специфической органической пылью (J66.0 - J66.8) относят биссиноз, другие заболевания легких, вызванные хлопковой пылью, болезнь трепальщиков льна, пеньковую лихорадку (или каннабиоз), лихорадку молотильщиков (зерновую лихорадку). Острые респираторные заболевания от воздействия растительной и животной пыли следует относить к коду J66.8.

#### **Примеры формулировки патологоанатомического диагноза.**

Основное заболевание. J66.0. Биссиноз: с исходом в интерстициальный фиброз, эмфизема легких.

Основное заболевание. J66.8. Пылевой хронический бронхит или ХОБЛ от воздействия зерновой пыли, зерновая лихорадка (по данным истории болезни).

Гиперчувствительный (синонимы – гиперсенситивный, экзогенный аллергический) пневмонит (альвеолит) (J67.0 - J67.9), вызванный органической пылью, характеризуется преимущественно интерстициальным поражением легких с рестриктивным типом нарушений функции внешнего дыхания, острым и хроническим течением. В этиологии этих заболеваний основное значение принадлежит сельскохозяйственной пыли (растительного и животного происхождения), содержащей патогенные плесневые грибы, актиномицеты. Наиболее изученными являются легкое фермера (J67.0) и легкое птицевода

(J67.2). Рубрику **J67.9 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный неутонченной органической пылью**, применяют для кодирования экзогенного аллергического альвеолита, если не установлен вид органической пыли, вызвавшей это заболевание или она носит смешанный характер.

**Примеры формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.**

Основное заболевание J67.2. Экзогенный аллергический альвеолит (легкое птицевода): диффузный двусторонний интерстициальный фиброз (необходимо указать степень выраженности).

Основное заболевание. J67.8. Экзогенный аллергический альвеолит или гиперсенситивный пневмонии (легкое скорняка): интерстициальный фиброз легкого с сосочковой дегенерацией.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика).

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) легочно-сердечная недостаточность  
б) легочное сердце  
в) экзогенный аллергический альвеолит в стадии интерстициального фиброза [J67.8].  
г) —.

При идиопатической интерстициальной пневмонии (идиопатическом фиброзирующем альвеолите, пневмоните) или интерстициальной пневмонии с установленной этиологией используют следующие коды: J84.0 - альвеолярный протеиноз, альвеолярный микролитиаз, J84.1 - все варианты идиопатического фиброзирующего альвеолита – интерстициального фиброза легких (ИЛФ), J84.8 – другие уточненные интерстициальные легочные болезни. При формулировке диагноза следует указать гистологическую форму в соответствии с современной классификацией.

**Пример формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.**

Основное заболевание. J84.1\*. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (идиопатическая интерстициальная пневмония, идиопатический интерстициальный фиброз легких) (гистологически – обычная интерстициальная пневмония) с исходом в сосочковое легкое.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия с формированием легочного сердца: среднее давление в легочной артерии (СДЛА) 55 мм рт.ст., атеросклероз легочной артерии II стадия, 2-я степень, толщина стенки правого желудочка 0,6 см, чистая масса правого желудочка 138 г, желудочковый индекс 0,88. Спонтанный правосторонний пневмоторакс. Ателектаз правого легкого.

*Медицинское свидетельство о смерти*

- I. а) легочно-сердечная недостаточность  
б) легочное сердце  
в) идиопатический интерстициальный фиброз или идиопатический фиброзирующий альвеолит [J84.1].  
г) —.

\* при другой гистологической форме идиопатической интерстициальной пневмонии - криптогенной организуемой пневмонии используют код J84.8.

При кодировании гнойных и некротических изменений следует использовать коды J85 - J86. Крайне редко в патологоанатомической практике используется код J85.0 - гангрена легкого. Код J86 используют в исключительных случаях, когда имеется пиоторакс и невозможно определить его связь с основным диагнозом – пневмонией, раком

легкого или болезнью плевры. Коды J90 – J99 не применяют для шифрования самостоятельных нозологических единиц, они обозначают осложнения другого основного заболевания или непосредственную причину смерти (J96.0 – острая респираторная, дыхательная недостаточность, J96.1 – хроническая респираторная, дыхательная недостаточность).

### **Редкие заболевания легких**

Так называемые «редкие заболевания легких» встречаются в патологоанатомической практике все чаще и кодируются не в разделе патологии органов дыхания. В связи с этим считаем, что часть из них должна быть представлена в данных клинических рекомендациях. Для точного описания редких видов патологии легких рекомендуется использовать монографию А.Г.Чучалина «Энциклопедия редких болезней» [17]. Например, при врожденной аденоматозной мальформации у лиц старше 20 лет выделяют 4 типа: 1-й тип - мультилокальные кистозные полости диаметром 3-10 см, 2-й тип – множественные кисты диаметром менее 2 см, 3-й тип – иррегулярные множественные кисты менее 0,2 см, 4-й тип – гигантские кисты от 7 см в периферических отделах легких. При всех видах аденоматозной мальформации все кистозные образования выстланы однорядным кубическим эпителием в отличие от буллезной эмфиземы. При врожденных бронхогенных кистах гистологические изменения напоминают строение бронхиол. Перечень редких заболеваний легких с кодами по МКБ-10 приведен ниже.

**J 84.0** Альвеолярный легочный протеиноз

**E84.0** Муковисцидоз

**E85.8** Амилоидоз

**E83 (+99.8)** Идиопатический гемосидероз

**I27.0** Идиопатическая легочная гипертензия

**M31.0** Синдром Гудпасчера

**M31.3** Гранулематоз Вегенера

**M30.1** Ангиит-гранулематоз Чардж-Стросса

**D76.0** Гистиоцитоз из клеток Лангерганса

**E83.5** Альвеолярный микролитиаз

**J98.2** Интерстициальная эмфизема легких

**Q33.0** Бронхогенные кисты – поликистоз легких

**D86.0** Саркоидоз

### **Примеры формулировки патологоанатомических диагнозов.**

Основное заболевание. M31.3 Гранулематоз Вегенера: злокачественная гранулема носа, некротический васкулит сосудов мелкого и среднего калибра легких и почек

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика).

Основное заболевание. D76.0 Лангергансо-клеточный гистиоцитоз (эозинофильная гранулема) с преимущественным поражением легких: диффузно-очаговый интерстициальный гранулематоз, множественные кисты и участки буллезной эмфиземы в верхних и средних долях легких.

Основное заболевание. D48.1 Лимфангиолойоматоз легких: множественный очаги гладкомышечной пролиферации, мелкокистозные (сотовые) легкие.  
Осложнения. Двусторонний хилоторакс (по 600 мл).

Основное заболевание. Q33.0. Двусторонний субтотальный поликистоз легких или бронхогенные кисты в 1-3 сегментах правого и 4-8 сегментах левого легкого.

Осложнения. Очагово-сливная бронхопневмония в VI-X сегментах левого легкого.

Основное заболевание. Q33.0. Двусторонний субтотальный поликистоз легких или бронхогенные кисты в I-III сегментах правого и IV-VIII сегментах левого легкого.

Осложнения. Очагово-сливная бронхопневмония в VI-X сегментах левого легкого.

Основное заболевание. Q33.0. Интралобарная секвестрация в VII-X сегментах левого легкого (у лиц старше 20 лет в 60% поражение левого легкого).

Осложнения. Очагово-сливная бронхопневмония в VI сегменте левого легкого.

Основное заболевание. Q33.0. Врожденная аденоматоидная мальформация (указать один из 4 типов) правого легкого.

Осложнения. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (характеристика).

### **Заключение**

Диагноз в пульмонологии не является перечнем выявленных у больного нозологических форм, синдромов и симптомов, он должен носить нозологический и патогенетический характер. В диагнозе должны быть выделены рубрики «Основное заболевание» (или «Основное комбинированное заболевание»), «Осложнения основного заболевания» (с подрубрикой «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия») и «Сопутствующие заболевания». При формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов и выделении нозологических форм следует руководствоваться международной номенклатурой болезней (Перечень болезней нижних дыхательных путей, 1979). Нозологические формы в диагнозе следует кодировать в соответствии с требованиями МКБ-10.

Стандартизация принципов и правил построения диагноза улучшит оценку проведенного лечения и статистический учет, особенно таких нозологических единиц, как пневмония, ХОБЛ, бронхиальная астма, интерстициальные (диффузные паренхиматозные) заболевания легких.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза. М., 1984.-25с.
2. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и дифференциальной патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии. М.: Медицина, 1984.-288с.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994.-512с.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. М., 1987.-25с.
5. Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., Сон И.М. Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской Федерации за период 2004-2010 гг./ Пульмонология .2012. № 3. с 5-16.

6. Биопсийно-секционный курс. - Учебно-методические указания для практических и самостоятельных работ студентов лечебного факультета / Под редакцией профессора О.Д.Мишнева/. М.,1995.-70с.
7. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. М., 1956.- т.1, 2.
8. Диссеминированные процессы в легких (под ред. Н.В.Путова) - СССР -ГДР -М.: Медицина, 1984 - 224 с.
9. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник. 2-е изд. Перераб и доп. М.: МИА., 2011. 506 с.
10. Международная статистическая классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.- Десятый пересмотр в 3-х томах, ВОЗ, Женева.-Издательство «Медицина», 1995.
11. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Заболеваемость взрослого населения России в 2013 году: Статистические материалы. М.; 2014; ч. III.
12. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 20123 год: Статистические материалы. М.; 2014.
13. Саркисов Д.С. Избранные лекции по курсу общей патологии. Некоторые вопросы современного учения о болезни. -Вып.3. Москва: НИО "Квартет", 1993. -С.99-123.
14. Смольяников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза.,- М.: ЦОЛИУВ, 1977.- С.68.
15. Цинзерлинг А.В.. Современные инфекции: патологическая анатомия и вопросы патогенеза.-СПб: Сотис, 1993. -363 с.
16. Цинзерлинг В.А. Пневмонии и другие респираторные инфекции у взрослых. В кН. Клеточная биология легких в норме и при патологии. Рук. Для врачей. (ред. В.В.Ерохин, Л.К.Романова) –М.: Медицина. 2000.- с. 329-350.
17. Чучалин А.Г. Энциклопедия редких болезней. Изд. группа ГЕОТАР-Медиа, 2014.- 672 с.
16. Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1988, т.1, с.148.
18. GINA Updated 2015, [www.ginastma.org](http://www.ginastma.org); Gold 2014, [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

**КЛАСС X****БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (J00–J99)**

Примечание: если поражение органов дыхания вовлекает более чем одну анатомическую область, не обозначенную специально, его следует классифицировать по локализации (например, трахеобронхит кодируется как бронхит в рубрике J40).

Исключено:

- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)
- новообразования (C00–D48)
- осложнения беременности, родов и послеродового периода (O00–O99)
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00–P96)
- симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00–R99)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00–T98)

**ГРИПП И ПНЕВМОНИЯ (J10–J18)****J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа**

Исключено:

вызванная(ый) *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*] [палочкой Афанасьева–Пфейффера]:

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.0 Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован

**J10.8 Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован**

**J11 Грипп, вирус не идентифицирован**

Включено:

вирусный грипп } упоминание об идентификации  
грипп } вируса отсутствует

Исключено:

вызванная(*) Haemophilus influenzae [H. influenzae] [палочкой Афанасьева–Пфейффера]:*

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

J11.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован

J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках

Включено:

бронхопневмония, вызванная другими вирусами,

Исключено:

врожденный краснушный пневмонит (P35.0)

пневмония:

- аспирационная:
  - БДУ (J69.0)
  - новорожденного (P24.9)
- при анестезии:
  - в послеродовом периоде (O89.0)
  - во время беременности (O29.0)
  - во время родов и родоразрешения (O74.0)
- при вдыхании твердых и жидких веществ (J69.-)
- врожденная (P23.0)
- жировая (J69.1)
- интерстициальная БДУ (J84.9)
- при гриппе (J10.0, J11.0)

J12.0 Аденовирусная пневмония

J12.1 Пневмония, вызванная респираторным синцитиальным вирусом

J12.2 Пневмония, вызванная вирусом парагриппа

J12.8 Другая вирусная пневмония

J12.9 Вирусная пневмония неуточненная

J13 Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*

Исключено:

врожденная пневмония, вызванная *S. pneumoniae* (P23.6)

пневмония, вызванная другими стрептококками (J15.3–J15.4)

J14 Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева–Пфейффера]

Исключено:

врожденная пневмония, вызванная *H. influenzae* (P23.6)

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках

Включено:

бронхопневмония, вызванная другими, отличающимися от *S. pneumoniae* и *H. influenzae* бактериями

Исключено:

болезнь легионеров (A48.1)

врожденная пневмония (P23.-)

пневмония, вызванная хламидиями (J16.0)

J15.0 Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae*

J15.1 Пневмония, вызванная *Pseudomonas* (синегнойной палочкой)

J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком

J15.3 Пневмония, вызванная стрептококком группы В

J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками

Исключено: пневмония, вызванная:

– стрептококком группы В (J15.3)

– *Streptococcus pneumoniae* (J13)

J15.5 Пневмония, вызванная *Escherichia coli*

J15.6 Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями

J15.7 Пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*

J15.8 Другие бактериальные пневмонии

J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная

J16 Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках

Исключено:

орнитоз (A70)

пневмония:

– БДУ (J18.9)

– врожденная (P23.-)

пневмоцистоз (B59)

J16.0 Пневмония, вызванная хламидиями

J16.8 Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными

возбудителями

J17\* Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках

J17.0\* Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках

J17.1\* Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках

J17.2\* Пневмония при микозах

J17.3\* Пневмония при паразитарных болезнях

J17.8\* Пневмония при других болезнях, классифицированных в других рубриках

J18 Пневмония без уточнения возбудителя

Исключено:

абсцесс легкого с пневмонией (J85.1)

лекарственные интерстициальные болезни легкого (J70.2–J70.4)

пневмонит, вызванный внешними агентами (J67–J70)

пневмония:

– аспирационная:

– БДУ (J69.0)

– новорожденного (P24.9)

– при анестезии:

– во время родов (O74.0)

– во время беременности (O29.0)

– в послеродовом периоде (O89.0)

– при вдыхании твердых и жидких веществ (J69.-)

– врожденная (P23.9)

– жировая (J69.1)

– интерстициальная БДУ (J84.9)

J18.0 Бронхопневмония неуточненная

Исключено:

бронхиолит (J21.-)

J18.1 Долевая пневмония неуточненная

J18.2 Гипостатическая пневмония неуточненная

J18.8 Другая пневмония, возбудитель неуточненная

J18.9 Пневмония неуточненная

## **ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (J20–J22)**

Исключено:

хроническая обструктивная легочная болезнь:

– с обострением БДУ (J44.1)

– с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0)

## J20 Острый бронхит

Включено:

бронхит:

– БДУ у лиц моложе 15 лет

– острый и подострый:

– с бронхоспазмом

– гнойный

– пленчатый

– септический

– с трахеитом

– фибринозный

трахеобронхит острый

Исключено:

бронхит:

– БДУ в возрасте 15 лет и старше (J40)

– аллергический БДУ (J45.0)

– хронический:

– БДУ (J42)

– обструктивный (J44.-)

– простой (J41.0)

– слизисто-гнойный (J41.1)

трахеобронхит:

– БДУ (J40)

– хронический (J42)

– обструктивный (J44.-)

J20.0 Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*

J20.1 Острый бронхит, вызванный *Haemophilus influenzae* [палочкой Афанасьева–

Пфейффера]

J20.2 Острый бронхит, вызванный стрептококком

J20.3 Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки

J20.4 Острый бронхит, вызванный вирусом парагриппа

J20.5 Острый бронхит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом

J20.6 Острый бронхит, вызванный риновирусом

J20.7 Острый бронхит, вызванный эховирусом

J20.8 Острый бронхит, вызванный другими уточненными возбудителями

J20.9 Острый бронхит неуточненный

J21 Острый бронхиолит

Включено:

с бронхоспазмом

J21.0 Острый бронхиолит, вызванный респираторным синцитиальным вирусом

J21.8 Острый бронхиолит, вызванный другими уточненными возбудителями

J21.9 Острый бронхиолит неуточненный

J22 Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная

Исключено:

респираторная инфекция верхних дыхательных путей (острая) (J06.9)

### **ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (J40–J47)**

Исключено:

кистозный фиброз (E84.-)

J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

Примечание: бронхит, не уточненный как острый или хронический, у лиц моложе 15 лет можно рассматриваться как острый по своему характеру и его следует относить к рубрике J20.-.

Исключено:

бронхит:

– аллергический БДУ (J45.0)

– астматический БДУ (J45.9)

– вызванный химическими веществами (острый) (J68.0)

J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

Исключено:

хронический бронхит:

– БДУ (J42)

– обструктивный (J44.-)

J41.0 Простой хронический бронхит

J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит

J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

## J42 Хронический бронхит неуточненный

Исключено:

хронический(ая):

- астматический бронхит (J44.-)
- бронхит:
  - простой и слизисто-гнойный (J41.-)
  - с закупоркой дыхательных путей (J44.-)
  - обструктивная легочная болезнь БДУ (J44.9)
- эмфизематозный бронхит (J44.-)

## J43 Эмфизема

Исключено:

эмфизема:

- вызванная химическими веществами, газами, дымами и парами (J68.4)
- интерстициальная (J98.2)
- новорожденного (P25.0)
- компенсаторная (J98.3)
- медиастинальная (J98.2)
- с хроническим (обструктивным) бронхитом (J44.-)
- травматическая подкожная (T79.7)
- хирургическая (подкожная) (T81.8)
- эмфизематозный (обструктивный) бронхит (J44.-)

J43.0 Синдром Мак-Леода

J43.1 Панлобулярная эмфизема

J43.2 Центрилобулярная эмфизема

J43.8 Другая эмфизема

J43.9 Эмфизема неуточненная

## **J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь**

Включено:

хронический:

- бронхит:
  - астматический (обструктивный):
    - с закупоркой дыхательных путей
    - с эмфиземой
- эмфизематозный
- обструктивная(ый):

- астма
- бронхит
- трахеобронхит

Исключено:

астма (J45.-)

астматический бронхит БДУ (J45.9)

бронхоэктаз (J47)

болезни легкого, вызванные внешними агентами (J60–J70)

хронический:

– бронхит:

– БДУ (J42)

– простой и слизисто-гнойный (J41.-)

– трахеит (J42)

– трахеобронхит (J42)

эмфизема (J43.-)

J44.0 Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей

Исключено:

с гриппом (J10–J11)

J44.1 Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная

J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь

J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

J45 Астма

Исключено:

астматический статус (J46)

болезни легкого, вызванные внешними агентами (J60–J70)

острая тяжелая астма (J46)

хроническая обструктивная астма (J44.-)

хронический астматический (обструктивный) бронхит (J44.-)

эозинофильная астма (J82)

J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента

J45.1 Неаллергическая астма

J45.8 Смешанная астма

J45.9 Астма неуточненная

J46 Астматический статус [status asthmaticus]

J47 Бронхоэктатическая болезнь [бронхоэктаз]

Исключено:

врожденный бронхоэктаз (Q33.4)

туберкулезный бронхоэктаз (текущее заболевание) (A15–A16)

### **БОЛЕЗНИ ЛЕГКОГО, ВЫЗВАННЫЕ ВНЕШНИМИ АГЕНТАМИ (J60–J70)**

Для идентификации причины используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

Исключено:

астма, классифицированная в рубрике J45.-

J60 Пневмокониоз угольщика

Исключено:

с туберкулезом (J65)

J61 Пневмокониоз, вызванный асбестом и другими минеральными веществами

Исключено:

плевральная бляшка с асбестозом (J92.0)

с туберкулезом (J65)

J62 Пневмокониоз, вызванный пылью, содержащей кремний

Включено:

силикатный фиброз (обширный) легкого

Исключено:

пневмокониоз с туберкулезом (J65)

J62.0 Пневмокониоз, вызванный тальковой пылью

J62.8 Пневмокониоз, вызванный другой пылью, содержащей кремний

J63 Пневмокониоз, вызванный другой неорганической пылью

Исключено:

с туберкулезом (J65)

J63.0 Аллюминоз (легкого)

J63.1 Бокситный фиброз (легкого)

J63.2 Бериллиоз

J63.3 Графитный фиброз (легкого)

J63.4 Сидероз

J63.5 Станноз

J63.8 Пневмокониоз, вызванный другой уточненной неорганической пылью

J64 Пневмокониоз не уточненный

Исключено:

с туберкулезом (J65)

J65 Пневмокониоз, связанный с туберкулезом

J66 Болезнь дыхательных путей, вызванная специфической органической пылью

Исключено:

багассоз (J67.1)

гиперсенситивный пневмонит, вызванный органической пылью (J67.-)

легкое фермера (J67.0)

реактивный синдром дисфункции дыхательных путей (J68.3)

J66.0 Биссиноз

J66.1 Болезнь трепальщиков льна

J66.2 Каннабиноз

J66.8 Болезнь дыхательных путей, вызванная другой уточненной органической

пылью

J67 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный органической пылью

Включено:

аллергический альвеолит и пневмонит, вызванные вдыханием органической пыли и частиц грибов, актиномицетов или частиц другого происхождения

Исключено:

пневмонит, вызванный вдыханием химических веществ, газов, дымов и паров (J68.0)

J67.0 Легкое фермера [сельскохозяйственного работника]

J67.1 Багассоз (от пыли сахарного тростника)

J67.2 Легкое птицевода

J67.3 Субероз

J67.4 Легкое работающего с солодом

J67.5 Легкое работающего с грибами

J67.6 Легкое сборщика коры клена

J67.7 Легкое контактирующего с кондиционером и увлажнителями воздуха

J67.8 Гиперсенситивные пневмониты, вызванные другой органической пылью

J67.9 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный неуточненной органической

пылью

J68 Респираторные состояния, вызванные вдыханием химических веществ, газов, дымов и паров

J68.0 Бронхит и пневмонит, вызванный химическими веществами, газами, дымами

и парами

J68.1 Острый легочный отек, вызванный химическими веществами, газами, дымами и парами

J68.2 Воспаление верхних дыхательных путей, вызванное химическими веществами, газами, дымами и парами, не классифицированное в других рубриках

J68.3 Другие острые и подострые респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами

J68.4 Хронические респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами

J68.8 Другие респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами

J68.9 Неуточненные респираторные состояния, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами

J69 Пневмонит, вызванный твердыми веществами и жидкостями

Исключено:

неонатальный аспирационный синдром (P24.-)

J69.0 Пневмонит, вызванный пищей и рвотными массами

Исключено:

синдром Мендельсона (J95.4)

J69.1 Пневмонит, вызванный вдыханием масел и эссенций

J69.8 Пневмонит, вызванный другими твердыми веществами и жидкостями

J70 Респираторные состояния, вызванные другими внешними агентами

J70.0 Острые легочные проявления, вызванные радиацией

J70.1 Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиацией

J70.2 Острые интерстициальные легочные нарушения, вызванные лекарственными средствами

J70.3 Хронические интерстициальные легочные нарушения, вызванные лекарственными средствами

J70.4 Легочные интерстициальные нарушения, вызванные лекарственными средствами, неуточненные

J70.8 Респираторные состояния, вызванные другими уточненными внешними агентами

J70.9 Респираторные состояния, вызванные неуточненными внешними агентами

**ДРУГИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ БОЛЕЗНИ, ПОРАЖАЮЩИЕ**

**ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНУЮ ТКАНЬ (J80–J84)**

J80 Синдром респираторного расстройства [дистресса] у взрослого

J81 Легочный отек

Исключено:

гипостатическая пневмония (J18.2)

легочный отек:

– вызванный внешними агентами (J60–J70)

– с упоминанием о болезни сердца БДУ или сердечной недостаточности (I50.1)

– химический (острый) (J68.1)

**J82 Легочная эозинофилия, не классифицированная в других рубриках**

Исключено:

вызванная:

– аспергиллезом (B44.-)

– лекарственными средствами (J70.2–J70.4)

– системными поражениями соединительной ткани (M30–M36)

– уточненной паразитарной инфекцией (B50–B83)

**J84 Другие интерстициальные легочные болезни**

Исключено:

болезни легкого, вызванные внешними агентами (J60–J70)

интерстициальная эмфизема (J98.2)

интерстициальные болезни легкого, вызванные лекарственными средствами (J70.2–J70.4)

лимфоидный интерстициальный пневмонит, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B22.1)

J84.0 Альвеолярные и париетоальвеолярные нарушения

J84.1 Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе

Исключено:

легочный фиброз (хронический):

– вызванный вдыханием химических веществ, газов, дымов или паров (J68.4)

– вызванный излучением (J70.1)

J84.8 Другие уточненные интерстициальные легочные болезни

J84.9 Интерстициальная легочная болезнь неуточненная

**ГНОЙНЫЕ И НЕКРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**

**НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ (J85–J86)**

J85 Абсцесс легкого и средостения

J85.0 Гангрена и некроз легкого

J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией

Исключено:

с пневмонией, вызванной уточненным возбудителем (J10–J16)

J85.2 Абсцесс легкого без пневмонии

J85.3 Абсцесс средостения

J86 Пиоторакс

Включено:

абсцесс:

– грудной клетки

– плевры

пиопневмоторакс

эмпиема

При необходимости идентифицировать возбудитель используют дополнительный код (B95–B97)

Исключено:

вследствие туберкулеза (A15–A16)

J86.0 Пиоторакс с фистулой

J86.9 Пиоторакс без фистулы

## **ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ПЛЕВРЫ (J90–J94)**

### **J90 Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках**

Исключено:

плеврит БДУ (R09.1)

туберкулезный (A15–A16)

хилусный (плевральный) выпот (J94.0)

J91\* Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках

J92 Плевральная бляшка

Включено:

плевральное утолщение

### **J92.0 Плевральная бляшка с упоминанием об асбестозе**

J92.9 Плевральная бляшка без упоминания об асбестозе

J93 Пневмоторакс

Исключено:

пиопневмоторакс с (J86.-)

пневмоторакс:

– врожденный или перинатальный (P25.1)

- травматический (S27.0)
- туберкулезный (текущий случай) (A15–A16)

J93.0 Спонтанный пневмоторакс напряжения

J93.1 Другой спонтанный пневмоторакс

J93.8 Другой пневмоторакс

J93.9 Пневмоторакс неуточненный

J94 Другие поражения плевры

Исключено:

плеврит БДУ (R09.1)

травматический:

– гемопневмоторакс (S27.2)

– гемоторакс (S27.1)

туберкулезное поражение плевры (текущий случай) (A15–A16)

J94.0 Хилусный выпот

J94.1 Фиброторакс

J94.2 Гемоторакс

J94.8 Другие уточненные плевральные состояния

J94.9 Плевральное поражение неуточненное