

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

**ФОРМУЛИРОВКА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО
ДИАГНОЗА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ
(АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ)**

Клинические рекомендации

RPS4.18

Практическая медицина
Москва - 2016

УДК
ББК
П...

П... **Формулировка патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии).** Клинические рекомендации / Франк Г. А. и др. / Российское общество патологоанатомов. – М.: Практическая медицина, 2016. – 20 с.

ISBN

Клинические рекомендации предназначены для патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов 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 нозологических единиц, входящих в групповое понятие алкогольная болезнь и их статистического учета среди причин смертности населения. Цель рекомендаций – внедрить в практику унифицированные правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформления медицинских свидетельств о смерти при алкоголь-индуцированной патологии в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Правила распространяются на заключительные клинические и судебно-медицинские диагнозы в связи с лежащими в их основе общими требованиями к формулировке и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы. 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.

Клинические рекомендации обсуждены и утверждены
на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (21 мая 2016 г., Архангельск, Россия).

ISBN

© Коллектив авторов, 2016.
© Российское общество патологоанатомов, 2016.
© Практическая медицина, 2016.

СОТРУДНИЧАЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИИ:

1. Профильная комиссия по специальности «патологическая анатомия» Минздрава России.
2. Российское общество патологоанатомов.
3. ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России.
4. ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова Минздрава России.
5. ГБОУ ВПО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России.
6. ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России.
7. ФГБНУ Научно-исследовательский институт морфологии человека.

СОСТАВИТЕЛИ:

- Франк Г.А. главный внештатный специалист по патологической анатомии Минздрава России, первый вице-президент Российского общества патологоанатомов, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, доктор мед. наук, профессор, академик РАН
- Зайратьянц О.В. главный внештатный специалист по патологической анатомии Росздравнадзора по Центральному Федеральному округу РФ, вице-президент Российского общества патологоанатомов, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России, доктор мед. наук, профессор
- Коваленко В.Л. профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН
- Пауков В.С. профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России; доктор мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки России, академик РАЕН
- Кактурский Л.В. главный внештатный специалист по патологической анатомии Росздравнадзора, президент Российского общества патологоанатомов, научный руководитель ФГБНУ НИИ морфологии человека, доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН

г. Москва

«...» _____ 2016 г.

В соответствии с полномочиями, определенными частью 2 статьи 76 федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская профессиональная некоммерческая организация «Российское общество патологоанатомов» разработала клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи на тему:

1. Формулировка патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии). Клинические рекомендации

Общественное обсуждение проведено на заседаниях Московского отделения Российского общества патологоанатомов в 2015-2016 гг., IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (21 мая 2016 г., Архангельск, Россия), и на официальном сайте Российского общества патологоанатомов с 30.09.2015 г. по 20.05.2016 г.

Клинические рекомендации размещены на официальном сайте Российского общества патологоанатомов, доступны по ссылке <http://www.patolog.ru/.....>

Исключительное право на публикацию клинических рекомендаций предоставлено издательству «Практическая медицина» (115446 Москва, Каширское шоссе, 23, стр. 5).

Президент РОП
член-корреспондент РАН

Кактурский Л. В.

Сокращения

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

ХАИ – хроническая алкогольная интоксикация (пьянство, бытовое пьянство)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Методология

Правила формулирования диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии)

 Острая алкогольная интоксикация

 Хроническая алкогольная интоксикация

 Хронический алкоголизм

Сличение заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим или судебно-медицинским

Медицинское свидетельство о смерти.

Введение

Диагноз – один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, основа оценки и управления качеством медицинских услуг, документальное свидетельство профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о заболеваемости и смертности населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки диагнозов и оформления 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 нозологических единиц, входящих в групповое понятие алкогольная болезнь в различных классах МКБ-10 и их статистического учета среди причин смертности населения.

Полноценными заключительный клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы при наличии некоторых специфических различий должны быть основаны на идентичных принципах и схемах.

Многогранные функции патологоанатомического диагноза не позволяют согласиться с наметившимися тенденциями выделения в нем танатологического аспекта – «танатологический диагноз» или причинно-следственных отношений – патогенетический, «исторический» диагноз. Гносеологические корни этих тенденций, ведущих к нарушению важнейшего принципа построения диагноза – нозологического, обусловлены недоучетом значимости социального фактора в диагностике и нозологии, тех огромных изменений, которым подверглись человек и окружающий мир, медицина, в частности учение о нозологических единицах.

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 выставлена на сайте Российского общества патологоанатомов (www.patolog.ru) 30 сентября 2015 г. для широкого обсуждения, для того чтобы специалисты, не принимавшие участие в подготовке рекомендаций, имели возможность с ними ознакомиться и обсудить их. Окончательное утверждение рекомендаций проведено на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (21 мая 2016 г., г. Архангельск).

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:

Приведены правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, заполнения статистического учетного документа - медицинского свидетельства о смерти при алкоголь-индуцированной патологии в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10. Проведена адаптация отечественных правил формулировки диагноза и диагностической терминологии к требованиям и кодам МКБ-10.

Показания к применению:

Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти при алкоголь-индуцированной патологии в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

Материально-техническое обеспечение:

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10) с дополнениями за 1996-2014 гг.

«Медицинское свидетельство о смерти» - утверждено приказом Минздрава России № 241 от 07.08.1998 г.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ
(АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ)**

При формулировании заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов в случаях алкоголь-индуцированной патологии должны быть приняты во внимание представления о сущности страдания, причинах смерти при алкогольной болезни, отраженные в руководствах психиатров, патологоанатомов, ученых других специальностей [3, 8, 14, 15].

Алкогольная болезнь на современном этапе, в соответствии с требованиями МКБ-10, рассматривается как группа нозологических форм, объединяющих стадийные полиорганные нарушения, вызванные воздействием этанола (этилового спирта) [1-3, 5 - 8, 13, 14, 15]:

1-ой стадии – эпизодических острых алкогольных интоксикаций, соответствует простому алкогольному опьянению, или острой алкогольной интоксикации.

2-й стадии – пагубное употребление алкоголя (злоупотребление алкоголем) в диагнозе принято обозначать как хроническую алкогольную интоксикацию (ХАИ) без упоминания о синдроме зависимости.

3-й стадии – синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя – хронический алкоголизм.

Традиционно в отечественной медицине алкогольный абстинентный синдром, алкогольные психозы, включая алкогольный делирий, артериальную гипертензию и острое нарушение мозгового кровообращения относят к осложнениям хронического алкоголизма, однако в МКБ-10 абстинентное состояние, абстинентное состояние с делирием, психотические расстройства, амнестический синдром, деменция, вызванные хронической алкогольной интоксикацией с зависимостью, имеют самостоятельные четырехзначные коды.

Острая алкогольная интоксикация (F10.0), острое опьянение при алкоголизме, алкогольное опьянение, простое алкогольное опьянение – результат основного действия этанола, которое заключается в появлении опьянения, т.е. комплекса психических и неврологических расстройств, сопровождающихся характерными симптомами. Глубина опьянения, скорость его развития зависит от количества выпитых спиртных напитков, их крепости и индивидуальных особенностей человека [3, 5, 8, 9, 14, 15].

Выделяют 3 степени опьянения:

- *легкая* - концентрация алкоголя в крови до 2‰, что соответствует 0,5-1,5 мл чистого этанола на 1 кг массы тела человека;
- *средняя* - в крови выявляется 2-3‰ алкоголя, т.е. этанола было принято 1,5-2,5 мл на

1 кг массы тела;

- *тяжелая* - возникает при концентрации этанола в крови 3-5‰ и больше, что соответствует 2,5-4,5 мл алкоголя на 1 кг массы. При тяжелой степени опьянения развивается кома, которая может быть непосредственной причиной смерти наряду с асфиксией, обусловленной глубокой аспирацией рвотных масс, острой сердечной недостаточностью.

При поступлении в стационар у пациента с подозрением на алкогольное опьянение/отравление, необходимо взять кровь (мочу) на выявление этанола, с заполнением «Направления на химико-токсикологическое исследование» по форме 452/у-06 (в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. № 40) [12]. При определении содержания этанола в крови и моче у трупа для оценки степени тяжести алкогольного опьянения (отравления) следует пользоваться специальными таблицами (см. руководства по судебной медицине), которые учитывают время, прошедшее после момента предполагаемого употребления алкоголя и после наступления смерти [5, 9].

В случае летального исхода от острой алкогольной интоксикации – отравления этанолом (этиловым спиртом) и/или его суррогатами, последнее всегда выставляется в диагнозе как основное заболевание (самостоятельная нозологическая единица) – первоначальная причина смерти. Отравление алкоголем в ряде случаев развивается у пациентов при наличии фоновых заболеваний – ХАИ или хронического алкоголизма. Заключительный клинический диагноз отравления этанолом и/или его суррогатами требует направления тела умершего на судебно-медицинское вскрытие [1, 9, 13], поэтому принципы формулировки судебно-медицинского диагноза в таких ситуациях в данных рекомендациях не рассматриваются и изложены в соответствующих судебно-медицинских нормативно-распорядительных документах.

Пагубное употребление алкоголя, злоупотребление алкоголем (F10.1), указывает на его регулярное, систематическое употребление (пьянство привычное, бытовое) в дозах, когда организм не в состоянии полностью перерабатывать алкоголь и его метаболиты, ведущее к состоянию с развитием полиорганных морфологических проявлений (алкогольных висцеропатий), поэтому может быть обозначено как болезнь и соответствует по своей сути термину «хроническая алкогольная интоксикация» (ХАИ).

Хроническая алкогольная интоксикация – групповое понятие, при котором в диагнозе, в зависимости от тяжести поражения и клинико-морфологических проявлений, на первый план выходит характерное алкогольное поражение одного из органов, которое соответствует нозологическим формам по МКБ-10 и в случаях летального исхода представляется первоначальной причиной смерти [1-3, 5 - 8, 13].

В диагнозе не допускается подменять терминами «токсический» или «алиментарный» термин «алкогольный» при соответствующих нозологических единицах из группы алкогольных висцеропатий (алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия и др.) [1-3, 5 - 8, 13].

Разнообразные соматические, неврологические и психические расстройства (нозологические формы и синдромы) при алкогольной болезни в МКБ-10 отражены в разных классах, рубриках и кодах, которые сгруппированы в таблице 1.

Таблица 1

Классы, рубрики и коды МКБ-10 (в ее модификации 2014 г.) для шифрования нозологических форм и синдромов, входящих в групповое понятие «алкогольная болезнь» [1, 4, 13]

Нозологическая единица, синдром	Код МКБ-10	Примечание
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ		
Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем	E24.4	—
Класс V. Психические расстройства и расстройства в поведении		
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	F10	Родовое понятие Четвертый знак кода определяет клиническую характеристику состояния
Острая интоксикация. Острое опьянение при алкоголизме Алкогольное опьянение БДУ Патологическая интоксикация	F10.0	Эти нарушения связаны с острым фармакологическим действием этанола и через некоторое время полностью исчезают. При летальном исходе не применяется (используется код T51.0 с дополнительными кодами класса XX)
Пагубное употребление	F10.1	Злоупотребление алкоголем без зависимости. Синоним — хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ)
Синдром зависимости Хронический алкоголизм	F10.2	—
Абстинентное состояние	F10.3	Группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих в результате полного или частичного удаления из организма психоактивного вещества после постоянного его употребления.
Абстинентное состояние с делирием. Белая горячка (алкогольная)	F10.4	—
Психотическое расстройство. Алкогольный(ая): галлюциноз, бред ревности, паранойя, психоз БДУ	F10.5	Комплекс психотических симптомов, возникающих во время или после употребления алкоголя. Расстройство характеризуется галлюцинациями, расстройствами восприятия, бредом, психомоторными расстройствами (возбуждением или ступором).
Амнестический синдром.	F10.6	Синдром, характеризующийся

Амнестическое расстройство, обусловленное алкоголем или наркотиком. Корсаковский психоз или синдром, обусловленный алкоголем		выраженным хроническим снижением памяти на недавние и отдаленные события. Память на недавние события обычно нарушена сильнее, чем на отдаленные. Другие познавательные функции обычно хорошо сохранены.
Резидуальные и отсроченные психотические расстройства. Алкогольная деменция БДУ. Хронический алкогольный церебральный синдром	F10.7	—
Другие психические расстройства и расстройства поведения	F10.8	—
Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное	F10.9	—
Класс VI. Болезни нервной системы		
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем. Алкоголизм: мозжечковый (атаксия, дегенерация), церебральная дегенерация, энцефалопатия, расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, вызванное алкоголем	G31.2	—
Особые эпилептические синдромы. Эпилептические припадки связанные с употреблением алкоголя	G40.5	—
Алкогольная полиневропатия	G62.1	—
Алкогольная миопатия	G72.1	—
Класс IX. Болезни системы кровообращения		
Алкогольная кардиомиопатия	I42.6	—
Класс XI. Болезни органов пищеварения		
Эзофагит: химический	K20	При необходимости идентифицировать токсическое вещество и причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX)
Язва пищевода. Эрозия пищевода, вызванная: химическими веществами	K22.1	—
Алкогольный гастрит	K29.2	—
Токсический гастроэнтерит и колит	K52.1	—
Алкогольная болезнь печени	K70	Родовое понятие
Алкогольная жировая дистрофия печени	K70.0	—
Алкогольный гепатит (хронический)	K70.1	—
Алкогольный фиброз и склероз печени	K70.2	—
Алкогольный цирроз печени	K70.3	—
Алкогольная печеночная недостаточность: острая, хроническая, подострая, с печеночной комой или без нее	K70.4	Синдром, не может быть использован как нозологическая форма
Алкогольная болезнь печени неуточненная	K70.9	—
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	K86.0	
Острый алкоголь-индуцированный панкреатит	K 85.2	Термин и код внесены в МКБ-10 в редакции 2016 года. Как синоним может употребляться термин алкогольный панкреонекроз
Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде		
Поражение плода и новорожденного, обусловленные потреблением алкоголя матерью.	P04.3	Исключен: алкогольный синдром у плода (Q86.0).
Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения		
Синдром врожденных аномалий (пороков развития),	Q86	Родовое понятие

обусловленные известными факторами, не классифицированные в других рубриках.		
Алкогольный синдром у плода (дизморфия)	Q86.0	—
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин		
Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения	T51— T65	Родовое понятие
Токсическое действие алкоголя	T51	Родовое понятие
Этанола, этилового спирта	T51.0	—
Метанола, метилового спирта	T51.1	—
2-Пропанола, изопропилового спирта	T51.2	—
Сивушных масел	T51.3	—
Других спиртов	T51.8	—
Спирта неуточненного	T51.9	—
Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (класс XX должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывавшему на характер патологического состояния)		
Случайное отравление и воздействие ядовитыми веществами	X40— X49	Родовое понятие
Случайное отравление и воздействие алкоголем. Включены: спирт БДУ. Этиловый спирт	X45	—
Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	X65	—
Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	Y15	—

Для другой алкогольной органной патологии, такой как веноокклюзионные поражения печени с синдромом портальной гипертензии, IgA-нефрит, нередко вызванные алкоголем, следует использовать соответствующие коды МКБ-10, представленные без указания на алкогольный характер патологического процесса [1-3, 5 - 8, 13].

ХАИ или состояние пагубного употребления (злоупотребления) алкоголя, без формирования синдрома зависимости от алкоголя, оценивается как 2-я стадия алкогольной болезни, при которой психосоматические процессы нередко ещё могут быть обратимыми.

Хронический алкоголизм. *Синдром зависимости от алкоголя, алкоголизм или хронический алкоголизм (F10.2) – групповое понятие с проявлениями зависимости от алкоголя, диагностируемыми наркологами (психиатрами) при жизни больного (абстинентный синдром, алкогольный делирий, алкогольные психотические расстройства). Поэтому хронический алкоголизм является наркологическим (психиатрическим) диагнозом, выставляется только на основании заключения нарколога (психиатра), в соответствии с приложением к приказу МЗ СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» [11]. Приказом МЗ РФ от 28.04.1998 г. № 140 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» изложение стандартов построено в соответствии с конкретными клиническими состояниями, каждое из которых имеет свой шифр в МКБ-10 и, в то же время, отражает степень тяжести или этап болезненного процесса.*

Повреждения центральной нервной системы при хроническом алкоголизме обусловлены не столько этанолом, сколько ацетальдегидом и, в отличие от пагубного употребления алкоголя, приобретают необратимый характер. Поэтому хронический алкоголизм рассматривается как 3-я стадия алкогольной болезни.

Диагноз «хронический алкоголизм» может быть выставлен в различных рубриках (основное, конкурирующее, сочетанное, фоновое, сопутствующие заболевания) заключительного клинического, патологоанатомического или судебно-медицинского диагнозов, только в следующих случаях [1-3, 5 - 8, 13]:

- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись специалиста (врача-нарколога или психиатра) об установлении диагноза «хронический алкоголизм»;
- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись об алкогольном делирии или иных формах алкогольного психоза, диагностированного врачом-наркологом или психиатром;
- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись (или выписка) о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по поводу хронического алкоголизма.

Таким образом, диагноз «хронический алкоголизм» не может быть впервые выставлен или отвергнут врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, а является исключительно прижизненным и только наркологическим (психиатрическим) [1-3, 5 - 8, 13].

Хроническое злоупотребление алкоголем, будь то хронический алкоголизм (диагноз устанавливается наркологом или психиатром) или бытовое пьянство (ХАИ – диагноз устанавливается как клиницистом, так и патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом) следует всегда рассматривать как системное заболевание (алкогольную болезнь). Алкогольное отравление может наступить при любой стадии алкогольной болезни.

При этом типичном системном заболевании поражаются различные органы и системы, в разной степени и в разнообразных сочетаниях, (алкогольная поливисцеропатия), в связи с чем и было предложено понятие «алкогольная болезнь», которое, однако, будучи групповым понятием, не употребляется при формулировке диагноза.

Наиболее частые и характерные органнне алкогольные поражения хорошо известны. Это – алкогольные кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия, алкогольные поражения печени, поджелудочной железы (острые и хронические), желудка (атрофический гастрит) и почек (IgA-нефрит).

Таким образом, *алкогольную болезнь с клинко-морфологических позиций следует рассматривать как стадийный процесс в виде [1-3, 5 - 8, 13].*

- острой алкогольной интоксикации (F10.0),
- пагубное употребление алкоголя – ХАИ без синдрома зависимости (F10.1),
- синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя – хронический алкоголизм (F10.2).

Формулировка диагноза при алкогольной болезни должна быть основана на разделении острой (при отравлении) и хронической алкогольной интоксикации (ХАИ и хронический алкоголизм), с учетом полиорганности их проявлений, выделением наиболее пораженного органа (органа-мишени) [1-3, 5 - 8, 13].

Хронический алкоголизм – это групповое понятие, поэтому при формулировке диагноза следует указать его конкретную нозологическую (наркологическую, психиатрическую) форму, используя термины и коды МКБ-10. Если при жизни или на секции выявляются алкогольные поражения органов (обычно – более одного), то в диагнозе может указываться: «Хронический алкоголизм (наркологический или психиатрический диагноз из медицинской карты больного) с полиорганными проявлениями (поражениями):...», а после двоеточия перечисляются в порядке убывания тяжести поражения органные проявления алкогольной болезни – нозологические единицы (алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и т.д.) [1-3, 5 - 8, 13]. (Примеры 1-4).

Пример 1

Основное заболевание: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, алкогольный гастрит, жировой гепатоз (F10.2).

Осложнения основного заболевания: Алкогольный делирий. Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Алкогольный делирий
- б) Хронический алкоголизм F 10.2
- в) —
- г) —
- II. —

Пример 2

Основное заболевание: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями: алкогольный психоз (вид психоза — диагноз психиатра), алкогольная энцефалопатия, хронический алкогольный гастрит, жировой гепатоз (F10.5).

Осложнения основного заболевания: Выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Дислокация ствола головного мозга
 б) Алкогольный психоз
 в) Хронический алкоголизм (F10.2)
 г) —
 II. —

Пример 3

Основное заболевание: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, хронический атрофический гастрит, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.2).

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга с дислокацией его ствола

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Дислокация ствола головного мозга
 б) Хронический алкоголизм (F10.2).
 в) -.
 г) —
 II. —

Пример 4

Основное заболевание: Эндофитный изъязвленный субтотальный рак желудка с обширным распадом опухоли (низкодифференцированная аденокарцинома — гистологически) с поражением его тела и кардии. Метастазы рака в перигастральные, парааортальные лимфатические узлы, в печень, легкие, оба надпочечника (T4N1M1) (C16.8).

Осложнения основного заболевания: Массивное желудочное кровотечение из распадающейся опухоли. Острое постгеморрагическая анемия (Hb крови — ... , дата). Острое общее малокровие.

Сопутствующие заболевания: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, хронический индуративный панкреатит. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Массивное желудочное кровотечение
 б) Рак тела и кардии желудка (C16.8).
 в) —.
 г) —.
 II. —.

Во всех прочих случаях злоупотребления алкоголем (бытовом пьянстве), когда нельзя использовать термин «хронический алкоголизм», диагноз следует начинать с другого группового понятия — *«пагубное употребление алкоголя без синдрома зависимости»* в терминах МКБ-10 (целесообразно использовать в свидетельстве о смерти) или ХАИ, как это традиционно принято в патологоанатомической литературе, посвященной формулировке диагноза. Так же, как и хронический алкоголизм, ХАИ — это системное заболевание, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы. Поэтому, в ситуациях, когда невозможно объективно указать наиболее пораженный орган (орган-

мишень), после указания в диагнозе этого группового понятия и двоеточия, далее в порядке убывания тяжести поражения перечисляется алкогольная органная патология – нозологические единицы (алкогольные энцефалопатия, кардиомиопатия, цирроз печени и др.) [1-3, 5 - 8, 13].

При хроническом алкоголизме или ХАИ в случаях, когда первоначальной причиной смерти явилось преимущественное поражение одного органа (а изменения прочих органов в танатогенезе не столь существенны), в качестве основного заболевания следует выставлять нозологическую единицу, отражающую его поражение. **Это наиболее целесообразный вариант формулировки диагноза, соответствующий требованиям МКБ-10 и нормативно-распорядительных документов Минздрава России.** Например, острый алкогольный панкреатит (или панкреонекроз) или обострение алкогольного хронического панкреатита, алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени (в стадии декомпенсации) и т.д. В таком диагнозе хронический алкоголизм или ХАИ с перечислением поражения прочих органов выставляются как фоновое заболевание [1-3, 5 - 8, 13].

Такое построение диагноза особенно целесообразно при ХАИ, т.к., в отличие от хронического алкоголизма тяжесть органных поражений обычно менее выражена и ярче проявляется преимущественное поражение органа-мишени. Кроме того, для статистического учета первоначальная причина смерти в виде алкогольного поражения конкретного органа более информативна, чем ХАИ как системное заболевание с неуточненной тяжестью поражения различных органов [1-3, 5 - 8, 13]. (Примеры 5-8).

Пример 5

(см. также клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов «Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов пищеварения. Класс XI «Болезни органов пищеварения МКБ-10», 2016).

Основное заболевание: Алкогольный панкреонекроз, тяжелый, смешанный, субтотальный, фаза инфицированных деструктивных осложнений: множественные жировые некрозы, отек и кровоизлияния в теле и головке поджелудочной железы, гнойное расплавление ее хвоста. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата) (K85.2).

Фоновое заболевание: Хронический алкоголизм (по данным медицинской документации) с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз (F10.2).

Осложнения основного заболевания: Панкреатогенный (ферментативный) шок (биохимия крови —... , дата).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Панкреатогенный (ферментативный) шок.
 - б) Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (K85.2).
 - в) —.
 - г) —.
- II. Хронический алкоголизм (F10.2).

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Пример 6

Основное заболевание: Алкогольная кардиомиопатия (I42.6).

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Тромбоэмболия легочной артерии

б) Алкогольная кардиомиопатия (I42.6)

в) —.

г) —.

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

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Пример 7

Основное заболевание: Алкогольный панкреонекроз (Острый алкоголь-индуцированный панкреатит), тяжелый, смешанный, субтотальный, фаза деструктивных осложнений: Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата) (K85).

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз (F10.1).

Осложнения основного заболевания: Разлитой серозно-геморрагический перитонит.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Разлитой серозно-геморрагический перитонит.

б) Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (K85.2).

в) —.

г) —.

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

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

Пример 8

Основное заболевание: Алкогольный мелкоузловой монолобулярный цирроз печени (степень активности, стадия по критериям Чайлд-Пью) в стадии декомпенсации (K70.3).

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация (пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости) с полиорганными проявлениями: хронический индуративный кальцифицирующий панкреатит, хронический атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический обструктивный слизистый бронхит в стадии ремиссии (F10.1).

Осложнения основного заболевания: Синдром портальной гипертензии. Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови —..., дата).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночно-почечная недостаточность.

б) Алкогольный цирроз печени (K70.3)

в) —.

г) —.

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

В отличие от хронического алкоголизма, диагноз ХАИ (или – «пагубное употребление алкоголя без синдрома зависимости») может и должен быть впервые выставлен (при обнаружении алкогольных органических поражений) врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам вскрытия, даже если он отсутствовал в заключительном клиническом диагнозе и в других записях медицинской карты больного [1-3, 5 - 8, 13].

Хронический алкоголизм или ХАИ с перечислением органических поражений нередко являются фоновыми заболеваниями для инфекционных заболеваний (например, туберкулеза) и гнойно-воспалительных процессов (тяжелых пневмоний и др.), т.к. сопровождаются развитием вторичного иммунодефицитного синдрома. При формулировке диагнозов иммунологического подтверждения вторичного иммунодефицитного синдрома не требуется [1-3, 5 - 8, 13]. (Примеры 9, 10).

Пример 9

Основное заболевание: ХОБЛ в стадии обострения: диффузный и перибронхиальный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких, очаговая пневмония (этиология) в IV-X сегментах левого легкого. Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (масса сердца, толщина стенок левого и правого желудочков, ЖИ) (J44.0).

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

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-легочная недостаточность

б) Хроническая обструктивная легочная болезнь в стадии обострения, с бронхопневмонией (J44.0)

в) —.

г) —.

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

Пример 10

Основное заболевание: Пневмония, вызванная Str. pneumoniae верхней доли левого легкого. Левосторонний фибринозный плеврит (J13.0).

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

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

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Пневмония вызванная *Str. pneumoniae* (J13.0).

б) —.

в) —.

г) —.

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

Сличение заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим или судебно-медицинским производится по общепринятым правилам. Не является расхождением диагнозов нераспознанное при жизни поражение одного из органов, перечисленное после двоеточия после групповых понятий «ХАИ » или «хронический алкоголизм», если такая нозологическая единица не была выставлена первой после двоеточия, т.е. она не являлась первоначальной причиной смерти [1-3, 5 - 8, 13].

Медицинское свидетельство о смерти. В медицинском свидетельстве о смерти, в случаях, когда первоначальной причиной смерти является собственно «хронический алкоголизм», в зависимости от конкретных особенностей наблюдения (алкогольный делирий, психотические расстройства, хронический алкоголизм без уточнений) – именно эти нозологические единицы следует указывать в части I.

При диагнозе с перечислением в основном заболевании пораженных алкоголем органов, если орган-мишень не выделен, в части I медицинского свидетельства о смерти указывается и кодируется нозологическая единица – первоначальная причина смерти – наиболее пораженный орган, выставленный после двоеточия в основном заболевании после группового понятия «ХАИ с полиорганными проявлениями: ...» или «Хронический алкоголизм с полиорганными проявлениями: ...».

В части II медицинского свидетельства о смерти указывается либо хронический алкоголизм, либо ХАИ (в свидетельстве более целесообразно употреблять термин МКБ-10: «пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости»), в соответствии с тем, что записано в диагнозе.

Если в качестве основного заболевания вынесена одна из нозологических единиц – алкогольных органных поражений (наиболее пораженный орган-мишень), а хронический алкоголизм или ХАИ, с перечислением прочих пораженных органов, указаны как фоновое заболевание, то в части I медицинского свидетельства о смерти указывается и кодируется именно та нозологическая единица, которая выставлена как основное заболевание – первоначальная причина смерти. В части II медицинского свидетельства о смерти

указывается, соответственно, либо хронический алкоголизм, либо ХАИ (пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости), в соответствии с тем, что записано в диагнозе [1-3, 5 - 8, 13].

В виде исключения из общих правил оформления медицинского свидетельства о смерти, ХАИ (или «пагубное употребление алкоголя без упоминания о синдроме зависимости»), или хронический алкоголизм, указанные в рубрике сопутствующих заболеваний, записываются в части II свидетельства о смерти. Их статистический учет важен для анализа социально-значимых заболеваний и состояний.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп.– М.: МИА, 2011.
- 2.Коваленко В.Л. Диагноз в клинической медицине (теоретические и практические основы формулирования). – Челябинск, 1995.
- 3.Коваленко В.Л., Горбач В.В., Патрушева В.Б. Терминология, принципы диагностики, оформления диагноза при алкогольной болезни. Клинико-организационное руководство (утверждено приказом МЗ Челябинской области № 482 от 19.12.2005 г.) – Челябинск, 2005.
- 4.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995.
- 5.Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- 6.Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Аничков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу. Учебное пособие.– М.: Медицина, 2002.
- 7.Пальцев М.А., Пауков В.С., Улумбеков Э.Г. Патология. Руководство. – М. ГЭОТАР-МЕД., 2002.
- 8.Пауков В.С. Алкогольная болезнь / Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М.А. Пальцев, Л.В. Кактурский, О.В. Зайратьянц. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. – 1264 с., С. 1187-1222
- 9.Пашинян Г.А., Харин Г.М. Оформление заключения эксперта (экспертиза трупа). Учебное пособие. – М., 2005.
- 10.Письмо Минздравсоцразвития РФ «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией» от 27.07.2005 г. № 3540-ВС.

11. Приказ МЗ СССР от 12.09.1988г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».
12. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.01.2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».
13. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. — М.: Медицина для всех, 2007.
14. Телле Р. Психиатрия с элементами психиатрии / Пер. с нем. Г.А. Обухова – Мн.: Выш. шк., 1999. – 496 с.
15. Шумский Н.Г. Токсикомании. Алкоголизм / Рук-во по психиатрии / Под ред. А.В. Снежевского. – Т. 2.- М.: Медицина, 1983, 544 с., С. 250 – 328.