

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

**ФОРМУЛИРОВКА
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**
Класс XI «Болезни органов пищеварения» МКБ-10

Клинические рекомендации
RPS4.11(2016)

Практическая медицина
Москва - 2016

УДК 616-091(061/068)

ББК 52.5я7

П68

П68 **Формулировка патолого-анатомического диагноза при болезнях органов пищеварения.** Класс XI «Болезни органов пищеварения» МКБ-10. Клинические рекомендации / Франк Г. А. и др. / Российское общество патологоанатомов. – М.: Практическая медицина, 2016. – 30 с.

ISBN 978-5-98811-389-8

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 группу болезней органов пищеварения 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 болезнях органов пищеварения 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 978-5-98811-389-8

© 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 «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.
6. 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
- Кононов А.В. главный внештатный специалист по патологической анатомии Минздрава России в Сибирском федеральном округе, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, вице-президент Российского общества патологоанатомов, доктор мед. наук, профессор
- 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

Общероссийская общественная организация
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

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 патолого-анатомического диагноза при болезнях органов пищеварения. Класс XI «Болезни органов пищеварения» МКБ-10. Клинические рекомендации

Общественное обсуждение проведено на заседаниях Московского отделения Российского общества патологоанатомов в 2016 г., IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (21 мая 2016 г., Архангельск, Россия), и на официальном сайте Российского общества патологоанатомов с 30 апреля 2016 г. по 21 мая 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.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Методология

Острые хирургические заболевания брюшной полости

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей. Болезни пищевода

Гастриты

Энтериты, колиты и другие заболевания кишечника

Гепатиты и циррозы печени

Неалкогольная жировая болезнь печени

Введение

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 нозологических единиц, входящих в группу болезней органов пищеварения, и их статистического учета среди причин смертности населения.

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 апреля 2016 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 болезнях органов пищеварения 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 болезнях органов пищеварения 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 1996-2015 гг.

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

ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

К острым (ургентным) хирургическим заболеваниям органов брюшной полости принято относить (помимо внематочной беременности, нередко включаемой в этот перечень):

- острый аппендицит,
- острый холецистит,
- язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением и/или перфорацией (прободением),
- ущемленную грыжу,
- острую кишечную непроходимость
- острый панкреатит (панкреонекроз).

При обострении хронически протекающих заболеваний, таких, например, как аппендицит и холецистит, в соответствии с требованиями МКБ-10, следует учитывать и кодировать их как острые. Это правило не распространяется на обострение хронического панкреатита. Кроме того, острые хирургические заболевания органов брюшной полости кодируются по-разному, в зависимости от осложнений, что влияет на формулировку диагноза. В диагнозе следует подробно указать клинико-морфологические формы нозологических единиц и все многообразие проявлений и осложнений.

В соответствии с общими правилами оформления медицинских свидетельств о смерти хирургические вмешательства (операции) всегда указываются в части II свидетельства о смерти (вид операции и дата).

Острый аппендицит

В МКБ-10 острый аппендицит представлен группой кодов K35, а другие болезни аппендикса – K36-37 (Таблица 1)

Таблица 1

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к болезням аппендикса

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни аппендикса		
K35 - Острый аппендицит		
Острый аппендицит с генерализованным перитонитом	K35.0	Включено: с прободением, разрывом или самоампутацией отростка, с разлитым перитонитом
Острый аппендицит с перитонеальным (периаппендикулярным) абсцессом	K35.1	Включено: с периаппендикулярным абсцессом, инфильтратом, забрюшинной флегмоной, пилефлебитом, абсцесс аппендикса
Острый аппендицит неуточненный	K35.9	Включено: без перитонита, абсцесса, разрыва, прободения. В виде исключения из правил МКБ-10, этот код, несмотря на наличие цифры «9», допустимо использовать при уточненном остром аппендиците без осложнений.
K36 - Другие формы аппендицита		

Хронический аппендицит	К36	Включено: рецидивирующий. При обострении хронического или рецидивирующего — кодируется как острый аппендицит
К37 - Аппендицит неуточненный (в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах не применяется)		
К38 – Другие болезни аппендикса		
Гиперплазия аппендикса	К38.0	-
Аппендикулярные камни	К38.1	Каловый камень аппендикса
Дивертикул аппендикса	К38.2	-
Свищ аппендикса	К38.3	-
Другие уточненные болезни аппендикса	К38.8	Включено: инвагинация аппендикса
Болезнь аппендикса неуточненная	К38.9	-

Классификация острого аппендицита включает следующие *клинико-морфологические формы* — катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичная и вторичная гангрена аппендикса), перфоративный;

Осложнения — мезентериолит, (пери)аппендикулярный инфильтрат (кодируется как и при периаппендикулярном абсцессе), (пери)аппендикулярный абсцесс, перитонит (в соответствие с его классификацией), перфорация, разрыв или самоампутация отростка, вторичная гангрена отростка, забрюшинная флегмона, пилефлебит, пилефлебитические абсцессы печени и т.д.

Перитонит - нередкое осложнение острого аппендицита, как и других хирургических заболеваний органов брюшной полости, принято классифицировать по распространенности, характеру экссудата, этиологии и патогенезу, стадиям и степени тяжести.

Классификация перитонита [Гельфанд Б.Р., 2000].

- *по распространенности* — местный (занимает до 2-х из 9 анатомических областей брюшной полости, отграниченный, или инфильтрат и абсцесс, неотграниченный), распространенный (занимает 2 и более анатомические области брюшной полости), в том числе — диффузный (до 5 анатомических областей брюшной полости) и разлитой (более 5 анатомических областей). *Распространенный, диффузный и разлитой обычно объединяют под терминами разлитой, генерализованный или распространенный;*

- *по характеру экссудата* — серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный (с примесями: каловый, желчный, хиллезный, геморрагический);

- *по этиологии и патогенезу:*

I. *Первичный перитонит* — редкая форма гематогенной этиологии, с инфицированием брюшины из экстраперитонеального источника:

- спонтанный перитонит у детей — возникает в неонатальном периоде и в возрасте 4-5 лет, вызванный в основном стрептококками и пневмококками;

- спонтанный перитонит у взрослых — чаще является осложнением асцита при циррозе печени и других заболеваниях (*ранее использовали термин асцит-перитонит, что в настоящее время не рекомендуется*), вызывается энтеробактериями при транслокации кишечной флоры;

- перитонит у больных с постоянным перитонеальным диализом — связан с инфицированием, в основном, грамположительной флорой;

- туберкулезный перитонит — инфицирование гематогенным путем из пораженного кишечника, при туберкулезном сальпингите или нефрите, поражении мезентериальных или забрюшинных и тазовых лимфатических узлов.

II. *Вторичный перитонит* — самая частая форма перитонита, наблюдаемая у хирургических больных:

- вызванный перфорацией и деструкцией органов брюшной полости;
- послеоперационный перитонит;
- посттравматический перитонит вследствие тупой травмы живота, проникающих ранений живота.

III. *Третичный перитонит* — рецидивирующая и персистирующая форма, развивается у больных в критических состояниях с нарушением механизмов противоинфекционной защиты («перитонит без источника инфекции», возможна роль транслокации кишечной флоры).

IV. *Интраабдоминальные абсцессы:*

- связанные с первичным перитонитом;
- связанные с вторичным перитонитом;
- связанные с третичным перитонитом.

Классификация перитонита по стадиям [Гостищев В.К. и соавт., 1992]:

I — первые 6-8 часов, выраженный болевой синдром, высокий лейкоцитоз, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до 2,5, соответствует I степени эндогенной интоксикации;

II — 8-24 часа, стадия мнимого благополучия, стихание болевого синдрома, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до 4,5, соответствует II степени эндогенной интоксикации;

III — 24-48 часов, стадия токсемии III степени, с возможным развитием эндотоксического шока и начальными проявлениями синдрома полиорганной недостаточности;

IV — 48-96 часов, прогрессирующий синдром полиорганной недостаточности:

IVA — стадия компенсации (48-72 часа);

IVB — стадия декомпенсации (72-96 часов).

Степень тяжести и критерии прогноза перитонита — оцениваются по системам SAPS, APACHE II, III, SOFA и др.

Иллюстрацией оформления патологоанатомического диагноза при остром аппендиците является пример 1.

Пример 1

Основное заболевание: Острый аппендицит с прободением (флегмонозный — гистологически, дата). Перфорация стенки червеобразного отростка в его дистальной трети (диаметр перфорации — 0,1 см). Гнойный мезентериолит. Операция лапаротомии, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата) (K35.0).

Осложнения основного заболевания: Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Повторные операции релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (даты, виды оперативных вмешательств). Жировая дистрофия печени и миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольный фиброз печени (II стадии), алкогольная энцефалопатия (склероз мягких мозговых оболочек больших полушарий головного мозга), полинейропатия (по данным истории болезни), алкогольный хронический атрофический гастрит, хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Разлитой перитонит.

б) Острый аппендицит с прободением (K35.0).

в) —.

г) —.

II. Операции: 1) лапаротомии, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата); 2) релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (даты)

Холецистит, желчно-каменная болезнь и другие поражения желчного пузыря и желчных путей

В таблице 2 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к желчно-каменной болезни, холециститу и другим поражениям желчного пузыря и желчных путей.

Таблица 2

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к желчно-каменной болезни, холециститу и другим поражениям желчного пузыря и желчных путей

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей		
К80 - Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)		
Камни желчного пузыря с острым холециститом	K80.0	Острый калькулезный холецистит (или обострение хронического холецистита). Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.2 с острым холециститом
Камни желчного пузыря с другим холециститом	K80.1	Хронический калькулезный холецистит (вне обострения). Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.2 с хроническим холециститом, холецистит с холелитиазом
Камни желчного пузыря без холецистита	K80.2	Холецистолитиаз, холелитиаз (без холецистита, холангита)
Камни желчного протока с холангитом	K80.3	Холелитиаз, холангит. Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.5 с холангитом
Камни желчного протока с холециститом	K80.4	Холелитиаз, острый или хронический холецистит. Включено: любое состояние, перечисленное в подрубрике K80.5 с холециститом (холангитом)
Камни желчного протока без холангита или холецистита	K80.5	Холелитиаз (без холангита или холецистита). Камни вне- и внутривнутрипеченочных протоков
Другие формы холелитиаза	K80.8	-
К81 - Холецистит		
<i>Исключен: с холелитиазом (K80.-)</i>		
Острый (обострение хронического) холецистит	K81.0	Обострение хронического холецистита, абсцесс, эмпиема, гангрена желчного пузыря
Хронический холецистит	K81.1	Хронический (стадия ремиссии) холецистит
Другие формы холецистита	K81.8	-

Холецистит неуточненный	К 81.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическом диагнозах не употребляется
К82 – К 83 - Другие болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей <i>Исключены:</i> желчнокаменная болезнь (К80.-), состояния, перечисленные в рубрике К81, постхолецистэктомический синдром (К91.5)		
Закупорка желчного пузыря	К82.0	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Водянка (мукоцеле) желчного пузыря	К82.1	-
Прободение желчного пузыря	К82.2	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Свищ желчного пузыря	К82.3	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Холестероз желчного пузыря	К82.4	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Другие болезни желчного пузыря	К82.8	<i>Исключены:</i> холецистит, желчнокаменная болезнь
Болезнь желчного пузыря неуточненная	К82.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическом диагнозах не употребляется
Холангит (острый, хронический)	К83.0	<i>Исключен:</i> холецистит
Закупорка желчного протока	К83.1	Стеноз и окклюзия желчного протока <i>Исключен:</i> холецистит
Прободение желчного протока	К83.2	<i>Исключен:</i> холецистит
Свищ желчного протока	К83.3	Холедоходуоденальный и другие виды свищей. <i>Исключен:</i> холецистит
Спазм сфинктера Одди	К83.4	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическом диагнозах не употребляется
Желчная киста	К83.5	-
Другие уточненные болезни желчевыводящих путей	К83.8	Спайки, атрофия, гипертрофия, язвы желчного протока
Болезнь желчевыводящих путей неуточненная	К83.9	В заключительном клиническом, судебно-медицинском и патологоанатомическом диагнозах не употребляется

В соответствии с требованиями МКБ-10, каждый приступ (обострение) холецистита, вне зависимости от длительности страдания хроническим холециститом, следует расценивать и кодировать как острый холецистит.

Классификация острого холецистита.

Клинико-морфологические формы — катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичная и вторичная гангрена), перфоративный;

Наличие конкрементов — некалькулезный или калькулезный;

Наличие осложнений: неосложненный или осложненный;

Осложнения — прободение, околопузырный инфильтрат, абсцесс, перитонит, механическая (подпеченочная) желтуха, холангит, наружный или внутренний желчный свищ, острый панкреатит и т.д.

Диагноз желчнокаменной болезни, а не калькулезного холецистита, принято устанавливать только при сочетании калькулезного холецистита с камнями желчных протоков (вне- и внутрпеченочных, за исключением пузырного), а также при обнаружении камней только в желчных протоках, кроме пузырного (Примеры 2, 3, 4).

Пример 2

Основное заболевание: Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (флегмонозный – гистологически). Операция эндоскопической холецистэктомии (дата). (K80.0)

Осложнения основного заболевания: Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Операция лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата). Жировая дистрофия печени и миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно правой артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

I а) Разлитой перитонит

б) Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (K80.0)

в) —.

г) —.

II Операция: 1) эндоскопической холецистэктомии (дата); 2) лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата).

Пример 3

Основное заболевание: Желчно-каменная болезнь: хронический калькулезный холецистит в стадии обострения (флегмонозный – гистологически). Холелитиаз: камни общего желчного и печеночных протоков, гнойный холангит внутри- и внепеченочных желчных протоков. Операции: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии, (вид оперативного вмешательства, дата) (K80.4).

Осложнения основного заболевания: Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Операция ре лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата). Подпеченочная желтуха (билирубин крови - ..., клинически). Желтушный нефроз. Жировая дистрофия печени и миокарда. Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови - ..., клинически). Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 60%).

Медицинское свидетельство о смерти

I а) Печеночно-почечная недостаточность

б) Желчно-каменная болезнь, калькулезный холецистит, холелитиаз, холангит (K80.4)

в) —.

г) —.

II Операция: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии ... (вид операции, дата); 3) релапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (дата).

Пример 4

Основное заболевание: Желчно-каменная болезнь: холелитиаз: камни общего желчного протока, гнойный холангит внепеченочных желчных протоков. Операции: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии, (вид оперативного вмешательства, дата) (K80.3).

Осложнения основного заболевания: Подпеченочная желтуха (билирубин крови - ..., клинически). Желтушный нефроз. Жировая дистрофия печени и миокарда. Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови - ..., клинически). Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 60%).

Медицинское свидетельство о смерти

I а) Печеночно-почечная недостаточность

б) Желчно-каменная болезнь, холелитиаз, холангит (K80.3)

в) —.

г) —.

II Операция: 1) чрезкожного чреспеченочного дренирования желчных путей (дата), 2) лапаротомии, холецистэктомии ... (вид операции, дата)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

В таблице 3 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к гастродуоденальным язвам.

Таблица 3

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к гастродуоденальным язвам

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Язвенная болезнь желудка (K25 – Язва желудка)		
<i>Примечание:</i> эрозии и острая язва (K25.0-K25.3) не являются нозологической единицей — основным заболеванием (первоначальной причиной смерти), а указывается в диагнозе как проявление или осложнение других заболеваний (или медицинских мероприятий). <i>Исключен:</i> острый геморрагический эрозивный гастрит (K29.0)		
Хроническая язва желудка с кровотечением	K25.4	—
Хроническая язва желудка с прободением	K25.5	<i>Включено:</i> с пенетрацией
Хроническая язва желудка с кровотечением и прободением	K25.6	—
Хроническая язва желудка без кровотечения и прободения	K25.7	<i>Включено:</i> в стадии рубцевания, ремиссии
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (K26 – Язва двенадцатиперстной кишки)		
<i>Примечание:</i> эрозии и острая язва (K26.0-K26.3) не являются нозологической единицей — основным заболеванием (первоначальной причиной смерти), а указывается в диагнозе как проявление или осложнение других заболеваний (или медицинских мероприятий).		

Хроническая язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением	K26.4	—
Хроническая язва двенадцатиперстной кишки с прободением	K26.5	<i>Включено:</i> с пенетрацией
Хроническая язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением и прободением	K26.6	—
Хроническая язва двенадцатиперстной кишки без кровотечения и прободения	K26.7	<i>Включено:</i> в стадии рубцевания, ремиссии

Острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть основным заболеванием лишь в исключительных случаях, при отсутствии каких-либо болезней, для которых такие поражения желудочно-кишечного тракта являются проявлением или осложнением.

Термин *пептическая язва* в МКБ-10 подразумевает хроническую язву в стадии обострения при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Отдельно выделяют острые и хронические язвы желудочно-кишечного анастомоза (соустья), которые при хроническом течении и тяжелых осложнениях иногда могут фигурировать в диагнозе в качестве основного или коморбидных заболеваний (коды по МКБ-10 K28.4 – K28.7, причем четвертый знак аналогичен применяемому при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки). Исключена язва тонкой кишки (K53.3)

Язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки принято классифицировать по следующим критериям, что должно быть отражено в диагнозе.

По локализации поражения:

- *Хроническая язва желудка (K25.-):*
 - кардиального и субкардиального отделов, дна желудка;
 - тела и угла желудка (передняя или задняя стенки, малая или большая кривизна);
 - антрального и пилорического отделов;
 - пилорического канала.
- *Хроническая язва двенадцатиперстной кишки (K26.-):*
 - луковицы (передняя или задняя стенки);
 - постбульбарного отдела (выше или ниже большого дуоденального сосочка);
- *Сочетанные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки* (для шифровки по МКБ-10 выбирается один код из рубрик K25.- или K26.-, в зависимости от ведущей роли язвы определенной локализации, прежде всего, в танатогенезе).

По диаметру язвенного дефекта:

- малые (до 0,5 см);
- средние (0,6-1,9 см);
- большие (2,0-3,0 см);
- гигантские (более 3 см).

По стадиям течения (фазам) язвенной болезни:

- стадия обострения (K25.4—K25.6, K26.4—K26.5);
- стадия затухающего обострения (рубцевания) (K25.7, K26.7);
- стадия ремиссии (эпителизованная язва) (K25.7, K26.7).

По характеру течения заболевания:

- острое (впервые выявленная хроническая язва);

- хроническое (рецидивирующее):
- с редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже);
- с ежегодными обострениями;
- с частыми обострениями — непрерывно рецидивирующие (2 раза в год и чаще).

Прочая характеристика: рубцующаяся, длительно не рубцующаяся (свыше 6 мес.), каллезная язва, постъязвенный рубец, глубокая, поверхностная, наличие хеликобактерной инфекции.

Осложнения: кровотечение, перфорация (прободение), пенетрация, рубцовый стеноз и т.д., характеристика периульцерозного воспаления, гастрита, дуоденита, эзофагита и др.

Клинико-морфологическая форма перфорации — прикрытая, в брюшную полость, атипичная (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку, в плевральную полость и т.д.);

Стадия перфорации — начальная, стадия отграниченного перитонита, стадия распространенного перитонита;

Объем кровопотери (если известен), степень анемии, наличие геморрагического шока (с его стадией) и т.д. Для этих целей в патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз вписываются соответствующие клинико-лабораторные данные (Пример 5).

Пример 5

Основное заболевание: Язвенная болезнь желудка с кровотечением: хроническая каллезная язва (диаметром 2,5 см) пилорического отдела желудка в области малой кривизны, стадия обострения (биопсия —..., дата, исследование на хеликобактер — результат, дата), рецидивирующего течения с ежегодными обострениями (клинически). Аррозия сосуда в дне язвы, состоявшееся массивное желудочное кровотечение (объем, дата). Жидкая кровь и свертки крови в просвете желудка и верхнем отделе тонкой кишки (объем крови). (K25.4)

Осложнения основного заболевания: Острая постгеморрагическая анемия (степень, Нв крови — клинически), острое общее малокровие. Геморрагический шок (стадия).

Сопутствующие заболевания: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 60%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I а) Геморрагический шок
 б) Желудочное кровотечение
 в) Хроническая язва желудка с кровотечением (K25.4).
 г) —.
- II —.

Ущемленная грыжа

В таблице 4 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к грыжам стенок брюшной полости (ущемленным и неущемленным).

Таблица 4

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к грыжам стенок брюшной полости

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Паховая грыжа	K40	—

Двусторонняя	С непроходимостью	K40.0	Ущемленная
	С гангреной	K40.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	K40.2	Неущемленная
Односторонняя	С непроходимостью	K40.3	Ущемленная
	С гангреной	K40.4	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	K40.9	Неущемленная
Бедренная грыжа		K41	—
Двусторонняя	С непроходимостью	K41.0	Ущемленная
	С гангреной	K41.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	K41.2	Неущемленная
Односторонняя	С непроходимостью	K41.3	Ущемленная
	С гангреной	K41.4	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
	Без гангрены или непроходимости	K41.9	Неущемленная
Пупочная грыжа		K42	—
С непроходимостью без гангрены		K42.0	Ущемленная
С гангреной		K42.1	<i>Включено:</i> с гангреной и непроходимостью
Без непроходимости и гангрены		K 42.9	Неущемленная
Грыжа передней брюшной стенки		K43.0— K43.9	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .9 — без непроходимости и гангрены
Диафрагмальная грыжа		K 44.0— K 44.9	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .9 — без непроходимости и гангрены
Грыжа (прочие варианты по локализации)		K 45.0— K 45.8	Четвертые знаки: .0 — с непроходимостью без гангрены, .1 — с гангреной .8 — без непроходимости и гангрены

Классификация грыж стенок брюшной полости.

- по локализации: паховая (прямая, косая, пахово-мошоночная), бедренная, белой линии живота, пупочная, послеоперационная, внутренняя, спигелиевой линии и т.д.;

- по характеру ущемления: эластическое, каловое, пристеночное, ретроградное;

Осложнения — с острой кишечной непроходимостью, с некрозом ущемленного органа, перитонитом, флегмоной грыжевого мешка, образованием кишечных свищей и т.д. (Пример 6).

Пример 6

Основное заболевание: Ущемленная пупочная грыжа. Острая тонкокишечная непроходимость. Гангрена сегмента тощей кишки (длина) в участке ее ущемления в грыжевом мешке. Операция лапаротомии, резекции тонкой кишки ... (вид операции, дата) (K42.1).

Сочетанное заболевание: Хроническая аневризма сердца задней стенки левого желудочка (размеры аневризмы). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно огибающей артерии до 70%) (I25.3).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 600 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,4 см) (I11.0).

Осложнения основного заболевания: Выраженные водно-электролитные расстройства (показатели – клинически). Инфаркт миокарда типа 2 (*допустимо писать: очаги некроза миокарда*) в области задней стенки левого желудочка и верхушки сердца. Острое общее венозное полнокровие. Мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация селезенки и почек. Асцит (2 л). Отек легких.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз аорты (степень, стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

б) Очаги некроза миокарда задней стенки левого желудочка и верхушки сердца.

в) Ущемленная пупочная грыжа с непроходимостью и гангреной кишки (K42.1)

г) —.

II. Хроническая аневризма сердца (I25.3).

Гипертоническая болезнь (I11.0).

Операция: лапаротомии, резекции тонкой кишки ... (вид операции, дата)

Острая кишечная непроходимость

В таблице 5 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к острой кишечной непроходимости (исключая ущемленные грыжи).

Таблица 5

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к острой кишечной непроходимости (исключая ущемленные грыжи).

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Кишечная непроходимость без грыжи		
Инвагинация	K56.1	<i>Исключена:</i> инвагинация аппендикса — K38.8
Странгуляция	K56.2	—
Илеус, вызванный желчным камнем	K56.3	—
Непроходимость с кишечным (каловым) камнем	K56.4	—
Кишечная непроходимость при спайках (спаечная болезнь)	K56.5	—

Другие виды кишечной непроходимости	K56.6	—
-------------------------------------	-------	---

Острая кишечная непроходимость – это синдром, объединяющий различные заболевания, ведущие к нарушению пассажа по кишечнику вследствие механического препятствия или функциональной недостаточности кишечника. Из острых (ургентных) хирургических заболеваний органов брюшной полости исключены динамическая кишечная непроходимость, непроходимость, вызванная опухолью, системными заболеваниями (васкулиты и др.). При развитии кишечной непроходимости в грыжевом мешке основным заболеванием указывается грыжа стенки брюшной полости. У онкологических больных кишечная непроходимость, обусловленная опухолью или ее метастазами, расценивается как осложнение основного заболевания.

Клинико-морфологические формы:

- *тонкокишечная* — странгуляционная (заворот, узлообразование, инвагинация, внутреннее ущемление), спаечная механическая (простая), механическая в грыжевом мешке (неполная или частичная и полная); обтурационная (безоаром, желчным камнем, гельминтами, инородным телом, вызванная опухолью, воспалительным и рубцовым процессом);
- *толстокишечная* — опухолевая (обтурационная), неопухолевая (механическая — заворот, инвагинация и динамическая — паралитическая, спастическая), механическая в грыжевом мешке (неполная или частичная и полная);
- *послеоперационная* — функциональная динамическая (паралитическая, спастическая), спаечная механическая (ранняя, поздняя), странгуляционная;
- при *перитоните* (осложнении многих заболеваний и повреждений органов брюшной полости):

Острый панкреатит (панкреонекроз)

В таблице 6 представлен перечень нозологических единиц с их кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящихся к болезням поджелудочной железы.

Таблица 6

Нозологические единицы, их коды по МКБ-10 с примечаниями, относящиеся к болезням поджелудочной железы

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни поджелудочной железы		
Острый панкреатит (панкреонекроз)	K85.0	—
Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (панкреонекроз)	K85.2	Код K85.2 для острого алкогольного панкреатита (панкреонекроза) был включен в переиздание МКБ-10 (Official WHO updates combined 1996-2010)
Алкогольный хронический панкреатит	K86.0	—
Хронический панкреатит	K86.1	<i>Исключен:</i> алкогольный
Другие болезни поджелудочной железы	K86.8	—

По *тяжести острого панкреатита* выделяют легкую (морфологически — отечная форма) и тяжелую (стерильный и инфицированный) формы.

Тяжелые формы острого панкреатита в патологической анатомии принято называть панкреонекрозом, выделяя его виды (жировой, геморрагический и смешанный) и распространенность поражения (мелко-, крупноочаговый, субтотальный, тотальный). Эти термины целесообразно употреблять в диагнозе. Однако в клинической классификации панкреонекроз не синоним, а осложнение острого тяжелого панкреатита (при фульминантной форме срок его развития 24-36 час, обычно в пределах 3-х суток). Следует также учитывать, что преобладают смешанные варианты панкреонекроза (острого тяжелого панкреатита), но даже при так называемом тотальном всегда остаются сохраненные островки ткани поджелудочной железы по ходу селезеночных сосудов.

Осложнения (внутрибрюшинные и системные, ранние и поздние) — панкреатогенный (ферментативный) шок, острые жидкостные скопления, ретроперитонеонекроз, инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, острая псевдокиста, инфицированная псевдокиста, ферментативный перитонит, гидроторакс, острый панкреатогенный сахарный диабет, механическая желтуха, гнойный перитонит, сепсис, свищи, аррозивное кровотечение и т.д.;

Фазы и периоды течения — токсемии (I фаза, длительностью обычно до 7-10 суток) с периодами острых гемодинамических нарушений (1-3 сутки), ранней полиорганной недостаточности (3-10 сутки), деструктивных осложнений (II фаза, длительностью до нескольких месяцев) с периодами асептических деструктивных осложнений и инфицированных, гнойных деструктивных осложнений (чаще на 2-3-й неделях заболевания).

Острые и хронические панкреатиты нередко являются алкогольными по своей этиологии и патогенезу. Правила формулировки диагноза при алкоголь-ассоциированной патологии представлены в клинических рекомендациях Российского общества патологоанатомов («Правила формулировки патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии)», 2016). Представляем пример формулировки диагноза при алкогольном панкреонекрозе (Пример 7).

Пример 7

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)

БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ. БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА

Заболевания полости рта, слюнных желез и пищевода крайне редко бывают первоначальной причиной смерти (основным заболеванием) или коморбидными заболеваниями и, поэтому, обычно не требуют кодирования по МКБ-10. В таблице 7 представлены некоторые нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к этим группам болезней, которые иногда могут быть основным или коморбидным заболеванием.

Таблица 7

Некоторые нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к болезням полости рта, слюнных и челюстей, а также пищевода.

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
К10 - К12 - Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей		
Остеомиелит (острый, хронический) челюстей	K10.2	Этиология при необходимости шифруется дополнительным вторым кодом класса I, а прочие внешние факторы — кодом класса XX
Флегмона и абсцесс области рта	K12.2	<i>Исключены:</i> периодонтальный абсцесс — K05.2, перитонзиллярный — J36, слюнной железы — K11.3, языка — K14.0. <i>Включен:</i> подчелюстной абсцесс.
К 20 – К 22 - Болезни пищевода		
Эзофагит	K20	<i>Исключены:</i> эрозия — K22.1, с рефлюксом — K21.0. <i>Включены:</i> абсцесс, химический, пептический, неуточненный
Ахалазия кардиальной части пищевода	K22.0	—
Хроническая язва пищевода («язва Барретта»)	K22.1	Острые эрозии и язвы являются не нозологическими единицами — основными заболеваниями, а осложнениями основного заболевания
Стеноз (стриктура) пищевода	K22.2	<i>Исключен:</i> врожденный — Q39.3
Прободение (разрыв) пищевода	K22.3	<i>Исключен:</i> травматический — S27.8
Дивертикул пищевода	K22.5	<i>Исключен:</i> врожденный — Q39.6
Синдром Мэллори-Вейса	K22.6	—

ГАСТРИТЫ

В таблице 8 представлены наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к этой группе болезней, хотя они крайне редко могут быть основным или коморбидным заболеванием, требующим кодирования.

Таблица 8

Наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к гастритам

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Острый эрозивный (геморрагический) гастрит	K29.0	Редко являются основным заболеванием. <i>Исключены:</i> острые эрозии и язвы желудка (не выставляются в диагнозе как основное или коморбидное заболевания)
Другие острые гастриты	K29.1	—
Алкогольный гастрит	K29.2	—
Хронический атрофический гастрит	K29.4	—
Хронический гастрит неуточненный	K29.5	—
Другие гастриты	K29.6	Гипертрофический (гипертрофическая гастропатия, включая болезнь Менетрие), гранулематозный

Острый гастрит (K29.0—K29.2), как правило, является проявлением или осложнением острой инфекции (коды МКБ-10 класса I), острого повреждения слизистой оболочки желудка химическими и токсическими факторами, например, концентрированными щелочами и кислотами (K29.1), большими дозами алкоголя (K29.2), а также расстройств кровообращения (шок, стрессовые реакции) и т.д.

По локализации различают *диффузный* и *очаговый* (фундальный, антральный, пилороантральный, пилорородуоденальный) острый гастрит, а по характеру воспаления — *катаральный*, *фибринозный*, *гнойный* (флегмонозный — осложняет травмы желудка, язвенную болезнь, изъязвленный рак желудка) и *некротический* (коррозивный — при отравлении прижигающими веществами).

Хронический гастрит (K29.3—K29.5) — групповое понятие, включающее разнообразные нозологические формы поражения желудка, которые характеризуются сочетанием хронического воспаления, дистрофических изменений и нарушения регенерации его слизистой оболочки (Табл. 9).

Таблица 9

Классификация хронических гастритов [Модифицированная Сиднейская система от 1990 г., принятая рабочей группой в Хьюстоне в 1994 г.] с кодами МКБ-10

Тип гастрита, код МКБ-10	Этиологические факторы	Синонимы
<i>Неатрофический</i> (K29.3)	<i>Helicobacter pylori</i> Другие факторы	Поверхностный, диффузный, антральный, хронический антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный
<i>Атрофический</i> (K29.4)		
Аутоиммунный (K29.4)	Аутоиммунный	Диффузный тела (и дна) желудка, ассоциированный с пернициозной анемией
Мультифокальный, пангастрит (K29.4)	<i>Helicobacter pylori</i> Особенности питания Факторы среды	—

<i>Особые формы гастрита</i>		
Химический (K29.6, K29.2)	Химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные средства — K29.6 (алкогольный гастрит — K29.2)	Реактивный рефлюкс-гастрит (гастрит культуры)
Радиационный (K29.6)	Лучевые поражения	—
Лимфоцитарный (K29.6)	Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, <i>Helicobacter pylori</i>	Вириолоформный, ассоциированный с целиакией
Неинфекционный гранулематозный (K29.6 или код болезни Крона, гранулематоза Вегенера и т.д.)	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический	Изолированный гранулематозный (идиопатический)
Эозинофильный (K52.8)	Пищевая аллергия, другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные (K29.6 или код инфекционного заболевания)	Бактерии (кроме <i>Helicobacter pylori</i>), вирусы, грибы, паразиты	—

Хронический гастрит практически никогда не является первоначальной причиной смерти (основным заболеванием), а также коморбидным заболеванием, будучи обычно сопутствующим. Поэтому его кодирование по МКБ-10 на практике не требуется. Особенности морфологической диагностики хронического гастрита в биопсийном и операционном материале представлены в клинических рекомендациях, утвержденных Российским обществом патологоанатомов («Прижизненная патологоанатомическая диагностика болезней органов пищеварительного тракта. Класс XI МКБ-10», 2016).

ЭНТЕРИТЫ, КОЛИТЫ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

В таблице 10 представлены наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к заболеваниям кишечника.

Таблица 10

Наиболее часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к заболеваниям кишечника

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
K50 – K52 - Неинфекционные энтерит и колит		

Болезнь Крона (регионарный энтерит)	K50.0— K50.9	.0 — тонкой кишки, терминальный илеит, .1 — толстой кишки .8 — тонкой и толстой кишки .9 — неуточненная В настоящее время принято считать, что болезнь Крона поражает любой отдел пищеварительного тракта от полости рта, глотки, пищевода до прямой кишки.
Язвенный колит	K51.0— K51.9	.0 — энтероколит .1 — илеоколит .2 — проктит .3 — ректосигмоидит .4 — псевдополипоз ободочной кишки .5 — мукозный проктоколит .8 — прочие язвенные колиты .9 — неуточненный язвенный колит
Радиационный гастроэнтерит и колит	K52.0	—
Токсический гастроэнтерит и колит	K52.1	—
Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит	K52.2	—
Эозинофильный и прочие гастриты и энтериты, не указанные выше	K52.8	При неуточненном (в том числе, предположительно, неинфекционном) гастроэнтерите или колите используется код A09
K55 - Сосудистые болезни кишечника		
Гангрена кишки (атеросклеротическая, сосудистая)	K55.0	Мезентериальный (артериальный) тромбоз, эмболия, атеросклеротический стеноз, окклюзия. Венозный тромбоз. Острый, подострый ишемический колит
Хронический ишемический колит, энтерит, энтероколит	K55.1	—
K57 - Дивертикулярная болезнь кишечника		
<i>Исключены:</i> врожденный дивертикул (Q43.8), дивертикул аппендикса (K38.2), дивертикул Меккеля (Q43.0).		
<i>Включены:</i> дивертикулит, дивертикулез, дивертикул		
Тонкой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.0	—
Тонкой кишки без прободения или абсцесса	K57.1	—
Толстой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.2	—
Толстой кишки без прободения или абсцесса	K57.3	—
Тонкой и толстой кишки с прободением (перитонитом, абсцессом)	K57.4	—

Тонкой и толстой кишки без прободения или абсцесса	K57.5	—
K61 – K90 - Прочие болезни кишечника		
Абсцесс прямой кишки	K61.0— K61.4	Четвертые знаки: .0 — анальный .1 — ректальный .2 — аноректальный .3 — ишиоректальный .4 — интрасфинктеральный
Выпадение прямой кишки	K62.3	—
Язва (каловая и др.) прямой кишки и заднего прохода	K62.6	<i>Исключена:</i> трещина — K60
Нетравматическое прободение прямой кишки, проктит неуточненный	K62.8	—
Абсцесс кишечника	K63.0	<i>Исключены:</i> абсцесс прямой кишки — K61, аппендикса — K35.1, с дивертикулярной болезнью — K57
Прободение (нетравматическое) кишечника	K63.1	<i>Исключены:</i> аппендикса — K35.0, двенадцатиперстной кишки — K26, с дивертикулярной болезнью — K57
Целиакия	K90.0	—
Тропическая спру	K90.1	—
Болезнь Уиппла	K90.8	—

До настоящего времени не существует общепринятой классификации и четкого разграничения многих нозологических форм неопухолевых заболеваний толстой кишки.

Среди колитов выделяют две их основные группы:

- *с уточненной этиологией* (инфекционные, паразитарные, ишемические, а также токсические, радиационные и другие вторичные колиты);
- *с неуточненной этиологией* (воспалительные заболевания толстой кишки: болезнь Крона, язвенный колит, неклассифицируемый колит).

Кроме колитов в клинических классификациях рассматривают также особый вид поражения толстой кишки — *синдром раздраженного кишечника*, морфологический субстрат которого пока обсуждается.

Среди колитов с уточненной этиологией наиболее изучены:

- *инфекционные и паразитарный колиты*, включая вызванные собственной кишечной микрофлорой, например, *псевдомембранозный (антибиотик-ассоциированный) колит* (этиология — грамотрицательный токсинообразующий кишечный сапрофит *Clostridium difficile*, особенно часто встречающийся как осложнение антибиотикотерапии).

Острый инфекционный колит может приобретать хроническое течение, при этом не всегда удается выделить его этиологический агент. Такой колит носит название *хронического постинфекционного* (также шифруется кодами МКБ-10 класса I).

- *ишемический колит* (K55.0 — острый, подострый, K55.1 — хронический), чаще носит сегментарный характер с поражением селезеночного изгиба поперечно-ободочной кишки. Ишемический колит входит в группу ишемических (сосудистых) болезней кишечника.

Сосудистые болезни кишечника. Клинико-морфологические формы:

- *острые:*
- гангрена кишки (мезентериальный артериальный или венозный тромбоз, аорто- и артерио-артериальная тромбоэмболия) — K55.0 (Пример 8);

- острый и подострый ишемический колит — K55.0;
- *хронические*: хронический ишемический колит (энтерит, энтероколит) — K55.1.

Пример 8

Основное заболевание: Атеросклеротическая гангрена дистальной части тощей и всей подвздошной кишки. Стенозирующий атеросклероз брыжеечных артерий (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно верхней брыжеечной артерии в области ее устья до 50%; нестабильная атеросклеротическая бляшка и обтурирующий красный тромб длиной 4 см верхней брыжеечной артерии в 2-х см от ее устья). Операция диагностической лапаротомии ... (вид операции, дата) (K55.0).

Осложнения основного заболевания: Разлитой фибринозно-геморрагический перитонит. Правосторонняя очаговая пневмония в VII—X сегментах (этиология). Жировая дистрофия печени, миокарда. Некротический нефроз. Респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 70%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Разлитой перитонит.

б) Атеросклеротическая гангрена тонкой кишки (K55.0).

в) —.

г) —.

II Операция диагностической лапаротомии ... (вид операции, дата)

Описаны ятрогенные, вызванные медикаментами (эфедрин, ангиотензин, контрацептивы), формы ишемического колита. К ишемическому колиту близок *некротический колит*, который развивается как осложнение повышения давления в просвете толстой кишки (при кишечной непроходимости и др.) с последующей ишемией ее стенки и инвазией анаэробной аутофлоры.

- *радиационный колит* (K52.0), может встречаться как осложнение лучевой терапии у онкологических больных.

- *вторичные (чаще токсические) острые и хронические колиты*, эндогенного (при хронической почечной недостаточности и др.) или экзогенного (обусловленные приемом алкоголя, лекарственных средств и т.д.) происхождения (K52.1—K52.9). Активный колит могут вызывать многие лекарственные средства.

Воспалительные заболевания кишечника неуточненной этиологии характеризуются развитием хронического рецидивирующего воспаления и включают в себя две нозологические единицы: болезнь Крона и язвенный колит. Этиология и патогенез данной группы заболеваний все еще остаются неясными. В случаях, когда провести дифференциальный диагноз между ними не представляется возможным, используют диагноз неопределенного или неклассифицируемого колита. В последнее время доминирует представление о том, что такой неидентифицируемый колит является отдельным заболеванием с «перекрестом» клинических и морфологических признаков язвенного колита и болезни Крона. Полагают, что их причиной является патологическая реакция иммунной системы в ответ на воздействие микроорганизмов на слизистую оболочку кишечника у генетически предрасположенных лиц

Язвенный колит (язвенный энтероколит, хронический язвенный колит, устаревшее — неспецифический язвенный колит). *Клинико-морфологические формы*:

- язвенный энтероколит — K51.0 (Пример 9);
- язвенный илеоколит — K51.1;

- язвенный проктит — K51.2;
- язвенный ректосигмоидит — K51.3;
- другие локализации (аппендицит и др.) — K51.8.

Пример 9

Основное заболевание: Язвенный энтероколит с преимущественным поражением прямой, сигмовидной, поперечно-ободочной и подвздошной кишок, тяжелого течения, фаза обострения (K51.0).

Осложнения основного заболевания: Перфорация восходящего отдела ободочной кишки (размеры, дата перфорации). Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Правосторонняя очаговая пневмония в VII—X сегментах (этиология). Жировая дистрофия печени, миокарда. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз преимущественно правой артерии до 60%)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Разлитой перитонит.
 б) Язвенный энтероколит (K51.0).
 в) —.
 г) —.
 II —.

Болезнь Крона (гранулематозный энтерит, колит, терминальный илеит, регионарный энтерит, колит, илеит). *Клинико-морфологические формы:*

- тонкокишечная — терминальный илеит, с поражением двенадцатиперстной, тощей кишок — K50.0;
- толстокишечная, с поражением прямой кишки — K50.1 (Пример 10);
- смешанная (тонкой и толстой кишки), другой локализации — K50.8.
- с поражением всех отделов пищеварительного тракта (K50.8)

Пример 10

Основное заболевание: Болезнь Крона ободочной кишки с преимущественным поражением восходящей и поперечной кишок, тяжелого течения, фаза обострения, длительно леченая (препараты, дозы, длительность терапии) (K50.1)

Осложнения основного заболевания: Перфорация ободочной кишки (дата) в области печеночного угла (диаметр перфорации 0,2 см). Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Жировая дистрофия печени и миокарда. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз до 70%)

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) Разлитой перитонит.
 б) Болезнь Крона ободочной кишки (K50.1).
 в) —.
 г) —.
 II —.

«Микроскопические колиты» (K52.8), представляют собой группу хронических заболеваний, характеризующихся водянистой диареей, отсутствием макроскопических изменений при проведении колоноскопии и специфическими гистологическими признаками, обнаруживаемыми при микроскопическом исследовании биоптатов (отсюда

и происхождение названия данной патологии). Часто микроскопический колит ассоциирован с аутоиммунными заболеваниями. Проведение гистологического исследования необходимо не только для постановки диагноза и проведения дифференцировки между двумя главными подтипами (лимфоцитарным колитом [K52.8] и коллагеновым [K52.8]), но и для исключения других возможных причин развития хронической диареи. В большинстве классификаций выделяют также эозинофильный, гистиоцитарный, глубокий кистозный и некоторые другие редко встречающиеся виды колитов с разнообразной этиологией и патогенезом.

При отсутствии морфологических изменений в стенке кишечника, больные с нарушениями моторно-эвакуаторной и, иногда, секреторной и других функций тонкой и толстой кишок продолжительностью свыше 3 мес. трактуются как больные с функциональной патологией кишечника — *синдромом раздраженного кишечника* (K58.0 — с диареей и K58.9 — без диареи, устаревшие синонимы: слизистый колит, невроз толстой кишки, дискинезия кишечника и др.). Однако микроскопические колиты и синдром раздраженного кишечника не могут фигурировать в качестве основного или коморбидного заболеваний.

ГЕПАТИТЫ И ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ

В таблице 11 представлены нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к циррозам печени и гепатитам неинфекционной этиологии.

Таблица 11

Часто встречающиеся нозологические единицы с кодами по МКБ-10 и примечаниями, относящиеся к циррозам печени и гепатитам неинфекционной этиологии.

Нозологическая единица в терминах МКБ-10	Код МКБ-10	Примечания
Болезни печени		
<i>Исключены:</i> вирусные гепатиты и циррозы печени (B15—B19), гемохроматоз (E83.1), болезнь Вильсона—Коновалова (E83.0), синдром Бадда—Киари (I82.0)		
Алкогольный жировой гепатоз	K70.0	—
Алкогольный гепатит	K70.1	—
Алкогольный фиброз и склероз печени	K70.2	—
Алкогольный цирроз печени	K70.3	—
Токсическое (с указанием токсического фактора) поражение печени с холестазом	K71.0	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический (с указанием токсического фактора) некроз печени	K71.1	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический острый гепатит	K71.2	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический хронический персистирующий гепатит	K71.3	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX

Токсический хронический лобулярный гепатит	K71.4	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический хронический активный гепатит	K71.5	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсический фиброз или цирроз печени	K71.7	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Токсическое поражение печени с прочими поражениями печени	K71.8	Исключен алкоголь, дополнительный второй код для токсического фактора из класса XX
Первичный билиарный цирроз	K74.3	—
Вторичный билиарный цирроз	K74.4	—
Цирроз печени неуточненной этиологии	K74.6	—
Абсцесс печени	K75.0	—
Неспецифический реактивный гепатит	K75.2	—
Гранулематозный гепатит неуточненной этиологии	K75.3	—

Правила формулировки диагноза при *вирусных (постгепатитных) циррозах печени* представлены в клинических рекомендациях Российского общества патологоанатомов «Правила формулировки патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Класс I по МКБ-10» (2016). Такие циррозы кодируются по МКБ-10 как исходы вирусных гепатитов (B15—B19). По классификации гепатитов V. Desmet (1994) цирроз рассматривается как IV стадия (финальная) гепатита (фиброз + формирование ложных долек и нарушение архитектоники печени).

Формулировка диагноза и его кодирование при *алкогольных поражениях (болезнях) печени* (алкогольный жировой гепатоз — K70.0, гепатит — K70.1, фиброз — K70.2 и цирроз печени — K70.3) рассмотрены в клинических рекомендациях Российского общества патологоанатомов «Правила формулировки патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии)» (2016).

Застойный (сердечный, мускатный) цирроз печени в настоящее время расценивается как фиброз (склероз) печени (K76.1).

Классификация (этиологическая) циррозов печени:

- *Приобретенные формы:*
 - вирусный (постгепатитный) (B15—B19);
 - алкогольный (K70.3);
 - смешанный (K74.6);
 - аутоиммунный (K74.6);
 - токсический (кроме алкогольного) (K74.6);
 - криптогенный или неуточненной этиологии (K74.6);
 - индийский детский цирроз;
 - билиарный первичный (и в исходе первичного склерозирующего холангита) (K74.3);
 - билиарный вторичный (обтурационный) (K74.4);
- *Наследственные формы:*

- гемохроматоз (E83.1), болезнь Уилсона (болезнь Вильсона-Коновалова — E83.0), талассемия, недостаточность α_1 -антитрипсина, галактоземия, болезнь накопления гликогена (IV тип), тирозиноз, непереносимость фруктозы и др.

Классификация (морфологическая) циррозов печени:

- макронодулярный (крупноузловой);
- микронодулярный (мелкоузловой);
- смешанный (макро-микронодулярный, крупно-мелкоузловой);
- неполный септальный цирроз.

Гистологически: мультинодулярный и мононодулярный.

Класс (степень тяжести) цирроза печени по шкале Чайлда—Пью (см. клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов «Правила формулировки патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях. Класс I МКБ-10», 2016).

Диагноз цирроза печени должен включать его этиологию, морфологическую форму, активность, фазу, класс по системе Чайлда—Пью, желательны, результаты биопсийного исследования печени, характеристику (стадии) печеночной (печеночно-клеточной), печеночно-почечной недостаточности, внепеченочных проявлений (синдрома портальной гипертензии) и другие особенности заболевания (Примеры 11 - 12).

Пример 11 (вариант 1 формулировки диагноза)

Основное заболевание: Хронический вирусный гепатит С (вирусологическое исследование — метод, результат, дата, гистологически — результат, дата), выраженная степень активности, фаза декомпенсации, IV стадия, с исходом в мелкоузловой цирроз печени, класс В по шкале Чайлда—Пью (B18.2).

Фоновое заболевание: Хроническая опиоидная наркомания (характеристика) (F11.2).

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность (характеристика). Паренхиматозная желтуха. Желтушный нефроз. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночно-почечная недостаточность.

б) Хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз печени (B18.2).

в) —.

г) —.

II. Хроническая опиоидная наркомания (F11.2).

Пример 11 (вариант 2 формулировки диагноза)

Основное заболевание: Крупноузловой цирроз печени в исходе вирусного гепатита В (вирусологическое исследование — метод, результат, дата, гистологически — результат, дата), активность ..., фаза ..., класс по шкале Чайлда—Пью (B18.1).

Фоновое заболевание: Хроническая опиоидная наркомания (характеристика) (F11.2).

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность (характеристика). Паренхиматозная желтуха. Желтушный нефроз. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Печеночно-почечная недостаточность.

б) Хронический вирусный гепатит В с исходом в цирроз печени (B18.1).

в) —.

г) —.

II. Хроническая опиоидная наркомания (F11.2).

Пример 12

Основное заболевание: Мелкоузловой цирроз печени неуточненной этиологии, активность ..., фаза ..., класс по шкале Чайлда—Пью. Синдром портальной гипертензии (стадия): варикозное расширение вен нижней трети пищевода и кардии желудка, геморроидальных вен, спленомегалия (масса селезенки 450 г), асцит (3000 мл) (K74.6).

Осложнения основного заболевания: Массивное кровотечение из аррозированных вен нижней трети пищевода. Жидкая кровь в просвете желудка и тонкой кишки (объем крови). Острое общее малокровие (Hb крови — клинически). Геморрагический шок (стадия): жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, мелкоточечные кровоизлияния в плевре, перикарде. Некротический нефроз. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Геморрагический шок.

б) Кровотечение из вен пищевода.

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

г) —

II. —

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Неалкогольная жировая болезнь печени представляет собой синдром ее метаболического поражения и включает в себя 4 класса изменений:

- класс 1 — простой стеатоз (жировой гепатоз, жировую дистрофию печени);
- класс 2 — стеатоз с лобулярной воспалительной инфильтрацией;
- класс 3 — стеатоз с лобулярной воспалительной инфильтрацией, баллонной дистрофией и фокальными некрозами гепатоцитов (неалкогольный стеатогепатит);
- класс 4 — все вышеуказанные изменения с появлением телец Маллори и/или фиброзом вплоть до развития цирроза печени.

Выделяют три степени тяжести (в зависимости в зависимости от выраженности гистологических изменений в биоптате печени) и четыре стадии заболевания (от минимального до выраженного фиброза и даже цирроза печени).

Неалкогольная жировая болезнь печени может являться компонентом *метаболического синдрома* (синдрома X, синдрома инсулин-резистентности или «смертельного квартета»): ожирения, артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета 2-го типа.

В МКБ-10 отсутствуют коды для классов неалкогольной жировой болезни печени и, в зависимости от тяжести ее поражения, при необходимости можно использовать шифры K76.0 (жировая дистрофия печени, неклассифицированная в других рубриках), K74.0 (фиброз печени) и K74.6 (другой и неуточненный цирроз печени) (Пример 13).

Пример 13

Основное заболевание: Неалкогольный стеатогепатит IV стадии с формированием микронодулярного цирроза печени, тяжелого течения, фаза декомпенсации, класс C по шкале Чайлда—Пью. Синдром портальной гипертензии (стадия): варикозное расширение вен нижней трети пищевода, спленомегалия (масса селезенки 400 г), асцит (2000 мл) (K74.6).

Фоновое заболевание: Алиментарное ожирение IV степени, гиперхолестеринемия, нарушение толерантности к глюкозе (биохимия крови — ..., дата) (E66.0).

Осложнения основного заболевания: Печеночно-почечная недостаточность (биохимия крови — ..., дата). Паренхиматозная желтуха. Массивное кровотечение из аррозированных вен нижней трети пищевода. Жидкая кровь в просвете желудка и тонкой кишки (объем крови). Острое общее малокровие (Hb крови — клинически). Геморрагический шок (стадия): жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, мелкоточечные кровоизлияния в плевре, перикарде. Некротический нефроз. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV

стадия, стеноз преимущественно левой артерии до 70%). Атероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Геморрагический шок.

б) Кровотечение из вен пищевода.

в) Неалкогольный стеатогепатит с исходом в цирроз печени (K74.6).

г) —

II. Алиментарное ожирение (E66.0).

Литература

1. Аруин Л.И. Международная классификация хронического гастрита: что следует принять и что вызывает сомнения/ Л.И. Аруин, А.В. Кононов, С.И. Мозговой// Архив патологии. – 2009. – Т.71. - №4. – С. 11-17.
2. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп.– М.: МИА, 2011.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995.
4. Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. 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.
6. Правила формулировки патологоанатомического диагноза. Российское общество патологоанатомов, 2015. - www.patolog.ru
7. Правила формулировки патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях (класс I по МКБ-10). Российское общество патологоанатомов, 2016. - www.patolog.ru
8. Правила формулировки патологоанатомического диагноза при алкогольной болезни (алкоголь-индуцированной патологии). Российское общество патологоанатомов, 2016. - www.patolog.ru
9. Magro F, Langner C, Driessen A, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. - J Crohns Colitis 2013;7:827-51.
10. Munch A, Aust D, Bohr J, et al. Microscopic colitis: Current status, present and future challenges: statements of the European Microscopic Colitis Group. - J Crohns Colitis 2012;6:932-45.