

Бойцов С.А. Самородская И.В., Галявич А.С., Белялов Ф.И., Вайсман Д.Ш., Явелов И.С., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Зайратьянц О.В., Какорина Е.П.

Статистическая, клиническая и морфологическая классификации ИБС — есть ли возможность объединения?

Российский кардиологический журнал. 2017;3:63–71.

Поводом для написания статьи послужила дискуссия, состоявшаяся 11 мая 2016 г. в Москве между участниками Круглого стола «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности (БСК): вопросы и проблемы» в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России и Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ) в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России».

Участники Круглого стола говорили о том, что неправильное заполнение медицинских свидетельств о смерти, несовершенная практика кодирования заболеваний, несоблюдение правил «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10) по выбору первоначальной причины смерти, внесение изменений в определения заболеваний и отдельных состояний, в клинические классификации, непонимание и отторжение клиницистами отдельных формулировок, используемых в МКБ-10, приводят к значительному искажению показателей смертности от ИБС в Российской Федерации (РФ), усложняют статистическую оценку динамики и нозологической структуры смертности населения, препятствует сопоставлению показателей смертности с другими странами; мониторингу, планированию и оценке эффективности программ профилактики и организации медицинской помощи[1].

В настоящее время между различными профессиональными медицинскими обществами и научными школами существуют трудности в согласовании отдельных понятий, терминов, а также критериев диагностики отдельных БСК. Сложилась ситуация, при которой по различным причинам (административным, с учетом профильности лечебного подразделения и стремления избежать расхождений диагнозов) при формулировании диагноза упускается клиническая сущность патологического процесса. Это также приводит к неверному статистическому учету, затрудняет процесс обучения студентов и ординаторов. Многие специалисты не знакомы или пренебрегают подходами,

изложенными в МКБ-10, и настаивают на использовании формулировок диагнозов в соответствии с представлениями различных отечественных клинических и научных школ. Клиницисты не всегда согласны с предлагаемой МКБ-10 оценкой взаимосвязей между первоначальной причиной смерти и осложнениями, основным заболеванием и коморбидными состояниями. Одна из главных причин непонимания многих положений МКБ-10 в том, что изложенные в ней инструкции написаны для специалистов по статистике (для кодировщиков), наличие медицинского образования у которого не является обязательным в некоторых странах. Так, в США кодирование случаев смерти проводится специалистами по статистике, в то время как в бланках медицинских свидетельств о смерти, заполняемых врачами, графа «код по МКБ-10» вообще отсутствует. В России Приказом Минздрава России №398 от 4 декабря 1996 г. «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» обязанность кодирования первоначальных причин смерти при заполнении медицинских свидетельств по МКБ возложена на руководителей учреждений здравоохранения, которая в последующем «переадресована» практикующим врачам - клиницистам, патологоанатомам, судебно-медицинским экспертам. Этот Приказ относился к МКБ-IX, но в последующем не пересматривался.

Кроме того, МКБ предусмотрена для стран с разным уровнем ресурсного обеспечения системы здравоохранения. Такие формулировки, как «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (I25.0) и «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1), возможно были предусмотрены только для тех мест, где медицинская помощь оказывается без наличия современного оборудования. Но, несмотря на то, что у кардиологов вызывает сомнение целесообразность использования в клинической практике терминов/кодов МКБ-10, которые не имеют ясных дефиниций и критериев диагностики, не «диагностируются» прижизненно и/или на вскрытии, доля смертей от причин, обозначенных такими кодами в медицинских свидетельствах о смерти (особенно среди пожилого населения) в России значительна. Согласно данным Росстата (2015 г.) доля смертей от таких причин, как «Атеросклеротическая болезнь сердца», «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная», «Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная», «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца», «Другие формы острой ишемической болезни сердца», составляет 88% от числа умерших от ИБС в возрасте старше 60 лет.

В 2015 г. Российским обществом патологоанатомов и Профильной комиссией по патологической анатомии Минздрава России были утверждены клинические рекомендации «Правила формулировки патологоанатомического диагноза» и «Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «болезни системы кровообращения» МКБ-10)», которые привели в соответствие оформление медицинской документации патологоанатомами с требованиями МКБ-10 и рекомендациями Минздрава России[2,3,4]. Принятые в этих клинических рекомендациях Правила, были результатом консенсуса между кардиологами, патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами и решили ряд проблем, связанных с медицинскими, юридическими и экономическими аспектами формулирования заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов. В то же время, при создании рекомендаций не удалось по ряду позиций достичь компромисса со специалистами по статистике и МКБ, вследствие чего некоторые вопросы остаются открытыми.

Кроме того мы обратили внимание на то, что в настоящее время в российской клинической практике используются классификации острого коронарного синдрома (2006 г., 2007 г., 2015 г.), стабильной стенокардии (2008 г.), но нет классификации, отражающей хронические формы ИБС (по классификации МКБ). Никто не отменял классификацию ИБС, разработанную ВОЗ (1979 г.), модифицированную ВКНЦ и принятую АМН СССР в 1984 г., но ею невозможно пользоваться, т.к. такие клинические диагнозы не соответствуют терминам и кодам МКБ-10, в которую, к тому же, ежегодно вносятся уточнения и дополнения. Вносимые в МКБ изменения суммируются и утверждаются комитетом экспертов ВОЗ (WHO ICD-10 Update Reference Committee, основанный в 1999 г.) для применения всеми странами членами ВОЗ. Поэтому МКБ-10 от 2016 г. уже значительно отличается от принятой 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1989 г. и переведенной на русский язык в 1995 г. В то же время официальной публикации ВОЗ русскоязычной версии МКБ-10 от 2016 г. не существует. В настоящее время Сотрудничающим центром ВОЗ в России по семейству международных классификаций планируется перевод новой версии МКБ-10 2016 г., ее утверждение в ВОЗ и в Минздраве России[5]. В данной статье мы использовали свой (неофициальный) перевод. Следует отметить, что пока нет оснований рассчитывать на то, что

разрабатываемая ВОЗ для использования в электронной среде МКБ-11 и представленная в 12-14 октября 2016 г. на конференции в Токио, в ближайшие несколько лет будет внедрена в практику

Следует отметить, что проблемы статистической «интерпретации» клинических диагнозов (и наоборот) имеются, вероятно, во всех странах мира. Так, в США, в практической работе врачи используют отличающиеся от МКБ-10 формулировки диагнозов. Для учета случаев обращения за медицинской помощью и компенсации затрат медицинским учреждениям используется клиническая модификация МКБ-10 (ICD-10-CM), созданная в США и не являющаяся документом ВОЗ. Для ведения регистров пациентов с определенным заболеванием/состоянием используются особые формулировки и созданное для этих целей программное обеспечение.

Учитывая все вышесказанное, следует обсудить вопрос о согласовании/применении в клинической классификации синонимов терминов, указанных в МКБ-10. Также требуется согласование современных клинических и морфологических понятий для того, чтобы практические врачи могли формулировать диагнозы, не нарушая общие принципы формулировки диагноза и используя современные клинические классификации и термины, и при этом не было бы случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по причине несоответствия терминологии, а специалисты по медицинской статистике могли бы корректно подобрать шифр МКБ-10. Проблема создания синонимов и права их использования в практической работе очень важна еще и потому, что применяемые компьютерные программы для обработки медицинских свидетельств о смерти возвращают как ошибочно заполненные те из них, в которых заболевания не записаны строго в терминах МКБ.

Понимая сложность и многогранность проблемы, авторский коллектив использовал консенсус, как метод принятия решений для достижения согласия по основным вопросам. Все участники группы имели одинаковую возможность внести предложения, изменить или дополнить формулировку термина МКБ, таким образом, чтобы она в наилучшей степени отражала используемые в клинической практике понятия. В обсуждении каждого термина участвовал каждый автор статьи и все авторы стремились к приемлемому для всех эффективному решению, используя компромисс для разрешения проблемы

взаимоисключающих точек зрения внутри группы. Обсуждение проводилось заочно по электронной почте. Путем неоднократного обсуждения каждой рубрики МКБ-10, в том числе с присвоением кодов «0»- не согласен, «1» согласен полностью, «2» -согласен частично, нам удалось достигнуть консенсуса в понимании того, какой клинический термин наилучшим образом может соответствовать каждому коду МКБ-10 и его расшифровке. В данной статье мы предлагаем для обсуждения профессиональными сообществами врачей проект классификации ИБС. Представленный проект не является нормативным документом или рекомендациями по формулировке клинических диагнозов (в том числе посмертных, особенно при коморбидной патологии). Многие пункты данной классификации нуждаются в обсуждении и нахождения консенсуса, что изложено в тексте, представленном под таблицей, в то время как вопросам критериев каждой рубрики ИБС, формулированию заключительного клинического диагноза и определению первоначальной причины смерти при коморбидной патологии будет посвящена отдельная статья.

В первом столбце приведена классификация ИБС, так как она представлена в МКБ-10 от 2016 г. (перевод наш). Во втором столбце представлены рекомендации ВОЗ по применению данного кода для шифрования первоначальной причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10 (вопрос о расширении диапазона запрещенных при заполнении свидетельство о смерти кодов каждая страна решает для себя сама). В третьем столбце указано, может ли данный код и/или формулировка первоначальной причины смерти применяться патологоанатомической службой (ПАС) в соответствии с рекомендациями Российского общества патологоанатомов и Профильной комиссии по патологической анатомии Минздрава России.

В четвертом столбце представлены формулировки, которые мы предлагаем для создания единой Российской клинической классификации ИБС, которая была бы «привязана» к рубрикам и кодам МКБ. Представленные в четвертом столбце формулировки не уточняют всех деталей, которые могут присутствовать в окончательной формулировке диагноза (например, в случае инфаркта миокарда в медицинской документации могут быть указаны подъем/отсутствие подъема сегмента ST, дата начала, может быть указан тип инфаркта миокарда в соответствии с 3-м Универсальным определением).

В пятом столбце кратко сформулированы примечания, которые требуют дальнейшего обсуждения, более подробно дискуссионные вопросы представлены в тексте после таблицы.

Следует иметь в виду, что код с 4-ым знаком «9» предназначен для кодирования преимущественно неуточненных состояний. Неуточненный диагноз правилами МКБ допускается как предварительный, а также в небольших медицинских организациях, когда нет возможности уточнения диагноза (нет соответствующей аппаратуры, имеются объективные сложности постановки диагноза из-за отсутствия «узких» специалистов). Однако в таких случаях необходимо проведение патологоанатомического вскрытия для выявления причин смерти и после вскрытия в патологоанатомическом диагнозе (и Медицинском свидетельстве о смерти) такие коды запрещены к применению правилами МКБ-10 и рекомендациями патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов. Следовательно, дискуссионным является вопрос о целесообразности использования в клинической классификации терминов с привязкой к кодам с 4-ым знаком «9».

Как было сказано ранее, ряд перечисленных в таблице терминов и формулировок нуждается в уточнении и дальнейшем обсуждении. Кроме того, возможно в дальнейшем потребуется разделение на клиническую классификацию (с указанием морфологических эквивалентов ряда понятий) и классификацию «клинически-связанных групп» (DRG), используемых для оплаты случаев медицинской помощи. Так, например, для случаев компенсации затрат медицинским учреждениям потребуются дополнительные разъяснения каким образом формулировать диагноз и кодировать синдром стенокардии, который с одной стороны явился основным (то есть причиной обращения за медицинской помощью и потребовал определенных ресурсных затрат именно для диагностики и лечения данного синдрома), а с другой является осложнением/проявлением заболеваний, не относящихся к ИБС (например, гипертрофической кардиомиопатии или при системном васкулите, коронарите, аортальном стенозе любой этиологии, анемии) с учетом того, что по правилам МКБ осложнения не кодируются и не регистрируются, а лечение в непрофильном отделении может создать проблемы с оплатой.

Следует обратить внимание, что некоторые термины, используемые в отечественной и международной клинической практике, не полностью согласуются с МКБ, поэтому требуют пояснения и обсуждения в последующем.

Таблица

Использование рубрик МКБ-10 в качестве первоначальной причины смерти

Классификация МКБ	МКБ	ПАС	Клиническая классификация
I20 Стенокардия [грудная жаба]	-	-	Групповое понятие. Не применять
I20.0 Нестабильная стенокардия. Стенокардия: - нарастающая - впервые возникшая - прогрессирующая Промежуточный коронарный синдром Предынфарктный синдром Предынфарктная стенокардия	- ¹	-	Нестабильная стенокардия: в т.ч. впервые возникшая или прогрессирующая
I20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом Стенокардия: - ангиоспастическая - Принцметала - обусловленная спазмом - вариантная Спазм сердца Спазм коронарной артерии	- ¹	-	Стенокардия вазоспастическая
I20.8 Другие формы грудной жабы Стенокардия напряжения Синдром замедленного коронарного кровотока Стабильная стенокардия Стенокардия	- ¹	-	Стабильная стенокардия с указанием функционального класса. Микрососудистая (микроваскулярная) стенокардия с указанием функционального класса.
I20.9 Стенокардия неуточненная Стенокардия: - БДУ - кардиальная Грудная жаба Ангинозный синдром Ишемическая боль в груди	- ¹	-	Не применять

Вазомоторная стенокардия Декубитальная стенокардия Стерналия			
I21 Острый инфаркт миокарда Включен: инфаркт миокарда, уточненный как острый или с установленной продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее от начала.	-	-	Групповое понятие. Не применять
I21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки Трансмуральный инфаркт (острый): -передней (стенки) БДУ -передневерхушечный -переднебоковой -переднеперегородочный	+	+	Острый инфаркт миокарда с формированием патологических зубцов Q/QS (передний, с уточнением локализации)
I21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки Трансмуральный инфаркт (острый): -диафрагмальной стенки -нижний(ей) (стенки) -нижнебоковой -нижнезадний	+	+	Острый инфаркт миокарда с формированием патологических зубцов Q/ QS (нижний, с уточнением локализации)
I21.2 Острый трансмуральный инфаркт других локализаций Трансмуральный инфаркт (острый): -верхушечно-боковой -базально-боковой -верхнебоковой -боковой (стенки) БДУ -задний (истинный) -заднебазальный -заднебоковой -заднеперегородочный -перегородочный БДУ	+	+	Острый инфаркт миокарда с формированием патологических зубцов Q/QS (с уточнением локализации)
I21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации. Трансмуральный инфаркт миокарда БДУ.	+	- ²	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
I21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. Нетрансмуральный инфаркт миокарда БДУ.	+	+	Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST и без формирования патологических зубцов Q (с возможным

			указанием локализации)
I21.9 Инфаркт миокарда острый неуточненный Инфаркт миокарда (острый) БДУ	+	- ²	Не применять
I22 Повторный инфаркт миокарда При кодировании заболеваемости эта рубрика предназначена для инфаркта миокарда любой локализации, происшедшего в течение 4-х недель (28 дней) от начала предыдущего инфаркта: -распространенный -рецидивирующий -реинфаркт	- ⁴	-	Групповое понятие. Не применять
I22.0 Повторный инфаркт миокарда передней стенки Повторный инфаркт (острый): -передний(ей) (стенки) БДУ -передневерхушечный -переднебоковой -переднеперегородочный	- ⁴	+ ³	Рецидивирующий инфаркт миокарда передней стенки (с указанием локализации)
I22.1 Повторный инфаркт миокарда нижней стенки Повторный инфаркт (острый): -диафрагмальной стенки -нижний(ей) (стенки) БДУ -нижнебоковой -нижнезадней	- ⁴	+ ³	Рецидивирующий инфаркт миокарда нижней стенки (с указанием локализации)
I22.8 Повторный инфаркт миокарда других локализаций Повторный инфаркт миокарда (острый): -верхушечно-боковой -базально-боковой -верхнебоковой -боковой (стенки) БДУ -задний (истинный) -заднебазальный -заднебоковой -заднеперегородочный -перегородочный	- ⁴	+ ³	Рецидивирующий инфаркт миокарда другой локализации
I22.9 Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации	- ⁴	- ²	Рецидивирующий инфаркт миокарда неуточнённой локализации
I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не используется в качестве основного диагноза.
I23.0 Гемоперикард как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.1 Дефект межпредсердной перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять

I23.2 Дефект межжелудочковой перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.3 Разрыв стенки сердца без гемоперикарда как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.4 Разрыв сухожильной хорды как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.5 Разрыв сосочковой мышцы как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.6 Тромбоз предсердия, ушка предсердия и желудочка сердца как текущее осложнение острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I23.8 Другие текущие осложнения острого инфаркта миокарда	- ⁴	-	Не применять
I24 Другие острые ишемические болезни сердца	-	-	Групповое понятие. Не применять
I24.0 Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда Коронарной (артерии) (вены), не приводящие к инфаркту миокарда -эмболия -закупорка -тромбоэмболия не приводящие к инфаркту миокарда	- ⁴	-	
I24.1 Синдром Дресслера. Синдром постинфарктный. Миокардиальный инфарктный синдром.	+	+	Синдром Дресслера
I24.8 Другие формы острой ишемической болезни сердца Коронарная: - недостаточность (острая, подострая), - декомпенсация. Ишемия субэндокардиальная. Микроинфаркт сердца.	+	+	Внезапная (острая) коронарная недостаточность
I24.9 Острая ишемическая болезнь сердца неуточненная	+	-	Не применять
I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца	-	-	Групповое понятие. Не применять
I25.0 Атеросклеротическая сердечно-сосудистая	+	-	Не применять

болезнь, так описанная			
I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца Коронарная(ый) (артерии) -атерома -атеросклероз -болезнь -склероз Атеросклероз сердца Атеросклероз коронарный Атерома сердца Атерома миокарда Дегенерация сердца атероматозная Кардиосклероз Атеросклеротическая кардиопатия (кардиомиопатия) Непроходимость (стеноз, стриктура, сужение) коронарной артерии Склероз миокарда	+	+	Подтвержденный (документированный) атеросклероз коронарной(ых) артерии(ий) без стенокардии Подтвержденный (документированный) атеросклеротический кардиосклероз
I25.2 Старый инфаркт миокарда Излеченный инфаркт миокарда Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, диагностированный с помощью ЭКГ или другого специального исследования при отсутствии в настоящее время симптомов	- ⁴	-	Перенесенный инфаркт миокарда
I25.3 Аневризма сердца Аневризма: - стенки, - желудочка	+	+	Хроническая аневризма сердца с указанием локализации (истинная, ложная)
I25.4 Аневризма и расслоение коронарной артерии Коронарная артериовенозная фистула приобретенная	+	+	Аневризма и диссекция коронарной артерии. Коронарная артериовенозная фистула, приобретенная
I25.5 Ишемическая кардиомиопатия	+	+	Ишемическая кардиомиопатия
I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда	+	-	Бессимптомная ишемия миокарда, подтвержденная с помощью инструментальных методов
I25.8 Другие формы хронической ишемической болезни сердца. Любое состояние, указанное в рубриках I21-I22 и I24., уточненное как хроническое или установленной	+	+	Атеросклероз коронарных шунтов или коронарных артерий

продолжительностью более 4-х недель (более 28 дней) от начала заболевания. Постинфарктный кардиосклероз.			трансплантированного сердца Атеросклероз коронарных артерий у пациента со стентированием коронарных артерий в анамнезе. Постинфарктный кардиосклероз
I25.9 Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная. Ишемическая болезнь сердца (хроническая).	+	- ²	Не применять

Примечания: 1 – не рекомендуется в статистике смертности, 2 – после патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия не употребляется как неуточненное понятие, 4 – не используется в статистике смертности, названия рубрик в качестве диагноза не используются, 3 – в случае смерти как для рецидивирующего, так и повторного (острого) ИМ в соответствии с Инструкцией к МКБ-10 от 2016 г. ВОЗ рекомендуется использовать код I21.-. Групповые понятия не могут использоваться в диагнозе без последующего уточнения характеристик, позволяющих присвоить данному случаю точный четырехзначный код по МКБ-10.

ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ И КОЛИЧЕСТВА ИМ.

Согласно МКБ «Острый инфаркт миокарда» (подрубрики I21.0–I21.9) - ИМ давностью (длительностью) до 4-х недель (28 суток включительно) или менее от его начала (вне зависимости от места оказания медицинской помощи). В том случае, если через 289 дней с момента возникновения первого ИМ снова развивается ИМ, его регистрируют как еще один острый ИМ (коды I21.0– I21.9). В диагнозе каждого нового случая ИМ целесообразно указывать его дату. В отечественной практике для таких случаев используется понятие «повторный ИМ».

Если ИМ в любой области миокарда развивается менее, чем через 28 суток от момента первого ИМ (от начала предыдущего инфаркта) то он расценивается как рецидивирующий (в качестве синонима в МКБ используется термин повторный). ВОЗ не разделяет рецидивирующие ИМ по глубине поражения (что с учетом факта рецидива далеко не всегда возможно). Если глубину поражения рецидивирующего ИМ установить возможно (например, если локализация острого и рецидивирующего ИМ не совпадают), то ее с позиций преемственности медицинской информации целесообразно вынести в диагноз, но на присвоение кода по МКБ-10 она не влияет. [5].

В отечественной медицине рецидивом считается ИМ, возникший после 3 суток от начала предшествующего («острого») ИМ. Все новые события до 3-х суток считают «распространением зоны ИМ», «затяжным течением ИМ» (что отражает характер течения «острого» ИМ и не является самостоятельной нозологической единицей в отличие от «рецидива ИМ»). Вне зависимости от используемых в отечественной клинической практике терминов для учета случаев оказания медицинской помощи без летального исхода при рецидивирующем ИМ в срок менее, чем через 28 суток в МКБ используются коды I22.0–I22.9. Если случай рецидивирующего ИМ закончился летальным исходом используются коды I21.0–I21.9.

Через 29 дней и далее от начала развития ИМ случаи обращения за медицинской помощью, не сопровождающиеся ухудшением состояния (например, выписка рецепта, Д-наблюдение), регистрируют как «постинфарктный кардиосклероз», с указанием даты ИМ, как заболевание впервые в жизни возникшее, со знаком «+»).

Термин «старый инфаркт миокарда» (синоним излеченный инфаркт миокарда) используется для случаев выявления рубцовых изменений во время профилактических осмотров или оппортунистического скрининга при проведении инструментальных методов исследования.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИМ ПО НАЛИЧИЮ/ОТСУТСТВИЮ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q

Классификация острого коронарного синдрома(ОКС), основанная на ЭКГ-признаках (ОКС с подъемом ST/без подъема ST), используется во всем мире при обращении за медицинской помощью и необходимая для выбора тактики ведения пациента, срочности выполнения коронарографии и реваскуляризации. В МКБ-10 нет термина а). ОКС, поскольку он не является окончательным (заключительным) диагнозом и б). ИМ с подъемом ST. Вместе с тем клиническая модификация МКБ (США) содержит рубрики «инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST (код I21.0 - I21.3)» и «инфаркт миокарда без элевации сегмента ST» (I21.4), без указания на наличие или отсутствие зубца Q, или трансмуральность/крупноочаговость поражения. Код I21.9 в клинической классификации отсутствует.

Однако, использование такой клинической классификации привело к странному парадоксу. Согласно данным национальной службы статистики США (<https://wonder.cdc.gov>) доля смертей с кодом I21.9 от общего числа умерших от инфаркта миокарда в 2014 г. составила 99,8%, с кодом I21.4 зарегистрировано 0,09% и всего 14 случаев из 113982 с кодами, которые в клинической классификации относятся к инфарктам миокарда с элевацией сегмента ST.

Таким образом, использование современных клинических классификаций без адаптации к терминам и кодам МКБ-10 не приводит к улучшению пониманию причин и структуры смертности населения. Поэтому вероятно целесообразно обсудить использование терминов «наличие/отсутствие подъема сегмента ST» только как возможное дополнение к основной формулировке, указанной в таблице. Учитывая, что далеко не все клинические случаи могут быть описаны терминами МКБ-10, требуют согласования вопросы формулировки и кодирования тех случаев острого коронарного синдрома, при которых:

- в результате успешной своевременной реваскуляризации при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST на ЭКГ или раннего наступления смерти патологические зубцы Q не сформировались;
- локализацию ИМ с помощью ЭКГ или визуализирующих методов установить сложно, но при этом размеры некроза на основании клинической картины и уровня тропонинов предполагаются большими (возможно, когда ИМ формируется на фоне предшествующих рубцов, гипертрофической кардиомиопатии, БЛПНГ и электрокардиостимуляции); при подготовке данной статьи был достигнут консенсус в отношении нецелесообразности использования термина и кода «I21.9 Инфаркт миокарда острый неуточненный»; однако этот вопрос требует обсуждения в контексте целесообразности использования кода и формулировки именно для данных случаев.

Дискуссионным является также вопрос продолжения использования в патологоанатомических диагнозах дополнительных морфологических терминов - «интрамуральный ИМ» «субэндокардиальный ИМ», «трансмуральный ИМ», помня о том, что прижизненная диагностика такого поражения возможна только с помощью визуализирующих методов (МРТ, перфузионная сцинтиграфия), в то время как ЭКГ не

позволяет надежно оценивать объем поражения (ИМ с подъемом ST далеко не всегда в итоге «большой», а без подъема ST далеко не всегда в итоге «маленький»).

Предметом обсуждения может стать вопрос целесообразности указания в диагнозе в качестве дополнительной информации типа инфаркта миокарда в соответствии с 3-им универсальным определением (в частности, потому, что уверенное разграничение ИМ 1 и 2 типов возможно далеко не во всех случаях). С клинической точки зрения важным дополнением в клиническом диагнозе является дата развития инфаркта миокарда.

Необходимо обсудить определенные противоречия между правилами МКБ и клиническими рекомендациями, создаваемыми профессиональными сообществами врачей.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ

В настоящее время все случаи внезапной сердечной смерти, развившиеся у больного с ИБС (без доказательств развития ИМ), согласно клиническим рекомендациям РОП (2015) рекомендуется формулировать как «Внезапная коронарная смерть» и шифровать I24.8. Однако с учетом внесенных поправок и изменений, формулировка "внезапная коронарная смерть" в МКБ-10 отсутствует, есть формулировка "острая/подострая коронарная недостаточность". Но термин «Острая коронарная недостаточность» с 2007 г. согласно клиническим рекомендациям РОП патологоанатомам категорически запрещено использовать[2,3,4]. Именно благодаря таким коллизиям в нашем Проекте классификации появился термин «внезапная (острая) коронарная недостаточность», который безусловно нуждается в дальнейшем обсуждении.

Согласно клиническим рекомендациям ESC (2015) термин внезапная сердечная смерть (ВСС) применяется в следующих случаях[6]:

- если врожденное или приобретенное потенциально фатальное заболевание сердца было диагностировано при жизни или
- на аутопсии выявлена патология сердечно-сосудистой системы, способная потенциально быть причиной смерти или
- если очевидные экстракардиальные причины смерти по данным аутопсии не выявлены, и нарушение ритма служит наиболее вероятной причиной.

Исходя из данного определения к ВСС можно отнести все случаи смерти на фоне ИБС, использовать код I46.1 (Внезапная сердечная смерть, так описанная) и тогда,

соответственно, это не войдет в статистику ИБС. Однако в соответствии с правилами МКБ-10 рубрики, в которых присутствует термин "смерть", являются неточно обозначенными состояниями и не используются для обозначения первоначальной причины смерти.

Вероятно, ECS рекомендовало использовать термин ВСС в вышеописанных случаях в связи с тем, что даже в очень хорошо оборудованных клиниках не всегда удается установить причину внезапной сердечной смерти. Так, в Канадском исследовании Casper (The Cardiac Arrest Survivors with Preserved Ejection Fraction Registry) часть пациентов исследователями были отнесены в группу «недиагностированных» состояний, поскольку ни при стандартном ни при дополнительных исследованиях (при жизни и после смерти) не удалось выявить такой патологии, как ИБС спазм коронарных артерий, миокардит, дилатационная КМП, «неявные» типы синдрома Бругада, ранняя реполяризация желудочков, удлинение интервала QT, катехоламиновая полиморфная желудочковая тахикардия, идиопатическая желудочковая фибрилляция[7].

4. Терминология, используемая для описания стенокардии.

Код МКБ I20.1 (Стенокардия с документально подтвержденным спазмом) содержит несколько синонимов. Согласно представленному проекту предлагается использовать один термин. МКБ-10 содержит 2 синонима кода I20.8 (Другие формы стенокардии): «Стенокардия напряжения» и «Синдром замедленного коронарного кровотока». В данный Проект «Синдром замедленного коронарного кровотока» не включен. Необходимо разработать критерии и условия применения данного термина. Не включены в Проект также понятийные термины, отражающие особенности течения болезни («Стенокардия, рефрактерная к оптимальной медикаментозной терапии», «Стабильная стенокардия в сочетании с эпизодами безболевого ишемии миокарда», «Кардиальный синдром X») и синонимы термина «Нестабильная стенокардия»(код МКБ I20.0) «промежуточный коронарный синдром», «прединфарктный синдром» как устаревшие. При летальном исходе любая стенокардия не может быть основным заболеванием – т.е. первоначальной причиной смерти (см таблицу).

ТЕРМИНОЛОГИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ ОПИСАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ИБС

Ряд терминов, используемых для хронических форм ИБС требуют дополнительных согласований и определений, критериев установления диагноза (или его исключения из

употребления в качестве заключительного клинического диагноза). Например, формулировку «Атеросклеротическая болезнь сердца» (код I25.1) нами предлагается заменить на «Подтвержденный (документированный) атеросклероз коронарной артерии без стенокардии». Профессиональное сообщество кардиологов, вероятно, должно прийти к консенсусу, насколько обоснована/целесообразна такая замена, согласовать методы и критерии установления такого диагноза. Необходимо согласовать также целесообразность использования в качестве клинического диагноза (первоначальной причины смерти или коморбидного заболевания, указываемого в части II медицинского свидетельства о смерти), термина «Атеросклеротический кардиосклероз» или «Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз» (зарубежный морфологический синоним - «диффузная или мелкоочаговая атрофия кардиомиоцитов с интерстициальным фиброзом миокарда»). Является ли диагноз «Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз» исключительно патологоанатомическим (т.е., - морфологическим эквивалентом целого ряда клинических диагнозов) или такой диагноз правомочен на основании применения визуализирующих методов исследования (МРТ, ПЭТ)? Кроме того, вне данного проекта классификации остались случаи хронических форм ИБС у пациентов после стентирования или коронарного шунтирования (целесообразность/необходимость указания в диагнозе и отдельного учета в статистике данных случаев).

Хотелось бы обратить внимание на тот факт, что в настоящее время разрабатываемые ВОЗ правила МКБ и обновления, вносимые в классификацию, не полностью соответствуют (а в разных странах иногда и противоречат) клиническим рекомендациям (guidelines) по тактике ведения больных, публикуемых профессиональными сообществами врачей. Обновления МКБ следуют с некоторым опозданием по отношению к клиническим рекомендациям, в то же время клинические рекомендации разных стран и разных профессиональных сообществ содержат разногласия по отдельным позициям. И это, безусловно, приводит к проблемам сопоставления информации о причинах и уровне распространенности отдельных заболеваний и смертности от них в разных странах. Считаю целесообразным продолжить дискуссию как на страницах журнала, так и в рамках какого-либо всероссийского форума для выработки консенсусного документа по этой проблеме.

Литература

1. Резолюция Круглого стола. Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности: вопросы и проблемы. Профилактическая медицина. 2016; 19(3): 58-61. Statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision. Instruction manual. 5th edition. WHO 2016:252 p.
2. Зайратьянц О.В, Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд.М.: МИА, 2011.576 с.
3. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Под ред. Г. А. Франка, О.В. Зайратьянца, П. Г. Малькова, Л. В. Кактурского. Российское общество патологоанатомов. М.: "Практическая медицина", 2016. 96 с.
4. Зайратьянц О. В., Мишнев О. Д., Кактурский Л. В. Коронарогенные и некоронарогенные некрозы миокарда. Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда (дефиниции, статистика, классификации, критерии диагностики). В: Сб. презентаций докладов Московского общества патологоанатомов. Вып. I (март-май 2014 г.). Под ред. О. В. Зайратьянца. М.: ООО "Новик", 2014: 175-211. Доступно по: <http://www.histoscan.com>.
5. Priori SG, Blomstrom-Lundqvist C, Mazzanti A, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: the Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the Europe. Eur Heart J 2015; 36: 2793-867.
6. Herman AR, Cheung C, Gerull B, et al. Outcome of Apparently Unexplained Cardiac Arrest: Results From Investigation and Follow-Up of the Prospective Cardiac Arrest Survivors With Preserved Ejection Fraction Registry. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2016 Jan; 9(1): e003619.