

УДК 614.2; 616-06; 616-006.6; 616-006.04; 616-091.0
DOI 10.24412/2312-2935-2025-5-96-108

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОДА С97 ПРИ УЧЕТЕ СЛУЧАЯ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА, СТРАДАВШЕГО ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Е.А. Ворошилова, Я.Я. Павлова, Ю.В. Ерошин

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, г. Москва

Введение (актуальность). Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) – это независимое возникновение у одного больного двух или более злокачественных новообразований. Контингент больных с ПМЗО в России, стоящих на учете, составляет более 288 тыс. человек с ежегодным приростом данного показателя. Учитывая наличие у больного двух новообразований, по поводу которых может быть оказана, в том числе и одновременная, специализированная помощь, закономерно возникают вопросы – как правильно сформулировать заключительный клинический диагноз и верно выбрать код диагноза для пациентов с ПМЗО?

Описание случая. Пациентка Ф., 68 лет, с диагнозом рак прямой кишки Т3N0M0, II ст. (морфологические исследования – adenокарцинома) обратилась в ФГБУ «НМИЦ онкологии Блохина» для диагностики и определения тактики лечения. По данным КТ были диагностированы кисты обеих почек. В правой почке 4,3 см (Bosniak I); в левой почке сложная киста 7,7 см с геморрагическим компонентом (Bosniak II). Пациентке выполнена резекция прямой кишки, осложнившаяся перфорацией полого органа, сепсисом полирезистентного штамма возбудителя, что привело к смерти больной. Посмертный клинический диагноз сформулирован лечащим врачом как С20 рак прямой кишки Т3N0M0, II ст. На вскрытии выявлено расхождение клинического диагноза и патологоанатомического II категории в связи с наличием не диагностированного второго злокачественного новообразования – рака левой почки. Диагноз патологоанатома был выставлен как: С97 *Первично-множественные новообразования: 1) Рак прямой кишки pT3N0M0. 2) Рак левой почки, pT1aN0M0.*

Обсуждение. До выхода обновленных рекомендаций общества патологоанатомов в 2022 году основной диагноз ПМЗО воспринимался патологоанатомами как единый, то есть все имевшиеся у пациента онкологические заболевания являлись основными, что соответствовало требованиям МКБ-10. С 2022 г. было отменено использование кода С97, и основным диагнозом в настоящий момент указывается ведущее, наиболее тяжелое новообразование. Подобное требование изложено и в единичных клинических рекомендациях и регистрах, что не соответствует требованиям самой классификации МКБ-10, действующей на территории России.

Выводы (заключение). В стране идет постепенный отказ от использования кода С97, как на врачебном уровне, так и на уровне государства. Многочисленные вопросы, касающиеся выбора кода диагноза, а также трактовка устаревших положений классификации МКБ-10 остаются неосвещенными, в связи с тем, что на настоящий момент отсутствуют единые рекомендации по построению клинического диагноза. Аксиома, что клинический и патологоанатомический диагноз едины – в настоящий момент также оспаривается.

Ключевые слова: клинический случай, патологоанатомический диагноз, Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ), расхождение диагнозов, первично-множественные опухоли

USING CODE C97 TO REPORT A DEATH IN A PATIENT WITH PRIMARY MULTIPLE MALIGNANT NEOPLASMS: A CASE REPORT

E.A. Voroshilova, Ya.Ya. Pavlova, Yu.V. Eroshin

Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Introduction. Primary multiple malignant tumors are the independent occurrence of two or more malignant neoplasms in one patient. The number of such patients registered in Russia is more than 288 thousand people, with an annual tendency for this figure to increase. Considering that the patient has two neoplasms, for which specialized care can be provided, including simultaneously, questions naturally arise - how to correctly formulate the final clinical diagnosis and correctly select the diagnosis code. Patient F., 68 years old, with rectal cancer T3N0M0, II (adenocarcinoma) applied to the hospital for diagnosis and determination of treatment tactics. Cysts were diagnosed in both kidneys. In the right kidney 4.3 cm (Bosniak I); in the left kidney a complex cyst 7.7 cm with a hemorrhagic component (Bosniak II). The patient underwent rectal resection, which was complicated by perforation of the hollow organ, sepsis of a multidrug-resistant strain of the pathogen, which led to the death of the patient. Clinical diagnosis - C20 rectal cancer T3N0M0, stage II. The autopsy revealed a discrepancy diagnoses (category II) due to the presence of an undiagnosed second tumor – cancer of the left kidney. Pathological diagnosis: C97 Primary multiple neoplasms: 1) Rectal cancer pT3N0M0. 2) Left kidney cancer, pT1aN0M0.

Conclusion. Before the 2022 Society of Pathologists guidelines, the primary diagnosis of multiple tumors was considered by pathologists as a single diagnosis. All of the patient's cancers were the main ones. Since 2022 the use of code C97 has been abolished, and the main diagnosis is now the leading, most severe neoplasm. This requirement is set out in a small number of clinical guidelines and registers, which does not correspond to the requirements of the ICD-10 classification itself, which is in effect in Russia. The country is gradually abandoning the use of the C97 code. Numerous issues related to the choice of diagnosis code, as well as the interpretation of outdated provisions of the ICD-10 classification, remain unanswered, due to the fact that at present there are no unified recommendations for clinical diagnosis construction. The axiom that clinical and pathological diagnosis are one and the same is also currently being challenged.

Keywords: case report, clinical diagnosis, pathological diagnosis, discrepancy between diagnoses, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), primary multiple tumors

Введение (актуальность). Результат оформления заключительного клинического диагноза в посмертном эпикризе, а соответственно, и его сличение (сопоставление) с патологоанатомическим или судебно-медицинским из протокола вскрытия в настоящий момент остаются одной из важнейших функций контроля качества оказания медицинской помощи в

лечебном учреждении [1]. Увеличение более чем на 10% фактов расхождения диагнозов по сравнению с предыдущим периодом является одним из индикаторов риска нарушений обязательных требований при осуществлении государственного контроля качества. В связи с этим клиницисты зачастую уделяют более пристальное внимание оформлению клинического диагноза в посмертном эпикризе, нежели в выписном. Помимо сложности диагностики основного онкологического заболевания существует значимая проблема верного оформления заключительного клинического диагноза (как и выбора соответствующего кода МКБ-10) умершего онкологического пациента [2,3]. Имеющиеся в распоряжении врачей-онкологов методические рекомендации общества патологоанатомов по общим правилам кодирования и стадирования злокачественных новообразований [4], а также немногочисленные руководства по использованию Международной классификации болезней 10го пересмотра (МКБ-10) [6] в ряде случаях вступают в противоречия с требованиями, изложенными в инструкции самой МКБ-10 [5]. Подобные противоречия врачи-онкологи часто встречают в случаях первично-множественных злокачественных новообразований.

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) – это независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более злокачественных новообразований различного морфологического типа или одного типа, но при условии, что одно заболевание не является следствием другого первичного (метастазирование) [6]. При этом пораженными могут быть не только органы различных систем, но и парные органы (почки, молочные железы, яички и др.). Также возможны случаи и мультицентрического поражения одного органа опухолями разного гистологического варианта (очаг аденокарциномы желудка и нейроэндокринный рак желудка). Первично-множественные опухоли могут быть синхронными - выявленные одновременно или с разницей не более 6 месяцев; а новообразования, диагностированные с временным интервалом более 6 месяцев рассматриваются как метахронные. В России контингент больных с выявленными ПМЗО, стоящих на учете по поводу злокачественных новообразований, составляет более 288 тыс. человек (6,9% от общего числа, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу онкологических заболеваний), и ежегодно отмечается прирост данной группы пациентов [7]. Соответственно, увеличивается и число законченных случаев для пациентов с ПМЗО, получивших лечение, как на амбулаторном, как и на стационарном этапах. В ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, как в ведущем онкологическом учреждении страны, также отмечена подобная тенденция. Так в 2024 году стационарную медицинскую помощь получили 2522 пациента с ПМЗО (7417 случаев

госпитализаций - 9,8% от всех законченных случаев); в 2023 г. – 2230 больных (6947 случаев – 8,9%); в 2022 г. - 1665 больных (3723 случаев – 6,1%). Учитывая наличие у больного двух и более новообразований, по поводу которых может быть оказана, в том числе и одновременная, специализированная помощь в рамках одной госпитализации, у клиницистов закономерно возникают вопросы – как правильно сформулировать заключительный клинический диагноз и верно выбрать код МКБ основного заболевания для основного диагноза у пациентов с ПМЗО? Особенно в случаях смерти данных пациентов.

Ниже мы приводим клиническое наблюдение одного пациента с двумя синхронными злокачественными новообразованиями, одно из которых было выявлено посмертно на секции. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов было выставлено в связи с неверно сформулированным основным заболеванием и нераспознанной нозологией.

Информация о пациенте. Пациентка Ф., 68 лет, в 2020 году по месту жительства был диагностирован рак прямой кишки Т3N0M0, II ст. (морфологические исследования – умеренно дифференцированная аденокарцинома кишечного типа). Пациентка самостоятельно обратилась в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России для определения вопроса о дальнейшей тактике лечения. При обращении состояние ECOG 1, индекс Карновского 90%.

Диагностические исследования. МРТ органов малого таза от 24.02.20 г. - опухоль определяется в виде полуциркулярного утолщения стенок средне-верхнеампулярного отделов прямой кишки. Дистальный край опухоли определяется на расстоянии 102 мм от анального края. Проксимальный край опухоли располагается выше уровня тазовой брюшины на 28 мм. Опухоль инфильтрирует кишечную стенку на 12-10 часах, с инвазией в мезоректальную клетчатку на глубину до 6 мм. МР-картина опухоли средне-верхнеампулярного отделов прямой кишки (T3cN0Mx, EMVI-, CRM-).

КТ органов грудной клетки и брюшной полости от 25.02.20 г. - в правой почке киста 4,3 см (Bosniak I); в левой почке кисты размерами от 0,5 см до 3,5 см, в нижнем полюсе сложная киста 7,7x5,7 см с геморрагическим компонентом (Bosniak II).

Решение онкологического консилиума – учитывая распространенность опухоли прямой кишки, отсутствия отдаленных метастазов и иных проявлений болезни, пациентке показано выполнение резекции прямой кишки.

Лечебные вмешательства. 30.03.20 г., учитывая наличие субкомпенсированной толстокишечной непроходимости, пациентке на первом этапе выполнена эндосякопическая баллонная дилатация в зоне опухолевого стеноза. После купирования явлений кишечной

непроходимости 01.04.20 г. планово выполнена сфинктеросохраняющая низкая чрезбрюшная резекция прямой кишки с реконструкцией сфинктерного аппарата и формированием трансверзостомы. Опухоль определялась в верхнеампулярном отделе прямой кишки, до 3 см в диаметре, не выходила за пределы стенки кишки. Произведена мобилизация сигмовидной кишки, а также прямой кишки до мышц тазового дна. Отступя проксимально 20 см от опухоли кишка отсечена при помощи прямых зажимов по линии адекватного кровоснабжения. Отступя дистальнее 10 см от опухоли, кишка пересечена при помощи аппарата. На кулью сигмовидной кишки наложен кисетный шов, зафиксирована головка сшивающего циркулярного аппарата 29 мм, 3-х рядный шов. Сформирован сигмо-ректоанастомоз по типу «конец-в-конец». К зоне анастомоза установлено 2 силиконовых дренажа. Тазовая брюшина герметично ушита непрерывным швом атравматической нитью. В полость малого таза установлен дренаж, который выведен в правой подвздошной области передней брюшной стенки. Через дополнительный разрез в левой подреберной области передней брюшной стенки сформирована превентивная двуствольная трансверзостома. Морфологическое исследование опухоли – adenокарцинома низкой степени злокачественности.

Исходы. Планировалась выписка пациентки, но на 10 сутки после планового хирургического лечения у больной появились жалобы на боли в области правого подреберья, по данным рентгенографии - клиника перфорации полого органа. При экстренной операции – в стенке поперечно-ободочной кишки в 30 см от выведенной трансверзостомы - дефект стенки до 5 мм, края дефекта свежие; ограниченный каловый перитонит в правом поддиафрагмальном пространстве. Выполнено ушивание дефекта двумя рядами швов, санация, дренирование брюшной полости. Состояние пациентки оставалось тяжелым, обусловлено сепсисом, вызванным полирезистентным штаммом *K. pneumoniae*, полиорганной недостаточностью. 18.04.22 констатирована смерть пациентки.

Лечащим врачом был сформулирован *заключительный клинический диагноз*:

Основное заболевание: **C20** Рак прямой кишки pT3N0M0, II ст. Сфинктеросохраняющая низкая чрезбрюшная резекция прямой кишки с реконструкцией сфинктерного аппарата и формированием трансверзостомы от 01.04.20 г. Острая перфоративная язва поперечной ободочной кишки. Отграниченный каловый перитонит в правом поддиафрагмальном пространстве. Релапаротомия, ушивание перфоративного отверстия, санация, дренирование брюшной полости от 10.04.20 г. Сепсис. Синдром полиорганной недостаточности. Острое повреждение миокарда, отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: кисты правой и левой почек; язвенная болезнь желудка, ремиссия; ожирение II ст.; лейомиомы тела матки.

20.04.20 г. проведено патологоанатомическое вскрытие трупа пациентки Ф., где выявлено расхождение заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагнозов II категории.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: **C97** Первично-множественные новообразования: 1) **Рак прямой кишки** (гистология – аденокарцинома низкой степени злокачественности), pT3N0M0. Плановая операция: сфинктеросохраняющая низкая чрезбрюшная резекция прямой кишки с реконструкцией сфинктерного аппарата и формированием трансверзостомы от 01.04.20 г. 2) **Рак левой почки** (секция – папиллярный рак I типа, G1), pT1aN0M0.

Осложнения основного заболевания: Острая перфоративная язва поперечной ободочной кишки. Отграниченный каловый перитонит в правом поддиафрагмальном пространстве. Экстренная операция: релапаротомия, ушивание перфоративного отверстия поперечно-ободочной кишки, санация, дренирование брюшной полости 10.04.20 г. Сепсис (посев крови от 14.04.20 г. – рост полирезистентного штамма *K. pneumoniae*). Тромбоцитопения, острая почечная недостаточность. Геморрагические инфаркты в S6 и S8 правого легкого. Двусторонний гидроторакс. Кардиогенный отек легких.

Сопутствующие заболевания: ожирение II ст. (ИМТ – 38,1); лейомиомы тела матки.

Обсуждение. В 2022 г. от злокачественных новообразований умерли 34 072 больных, не состоявших на учете. При этом посмертно, то есть при жизни нераспознанным, диагноз был установлен в 33558 случаях, что составляет 6,4 больных на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом. Не отмечено значимой тенденции по снижению данного показателя за последние годы [8]. В большинстве случаев простая киста почки действительно не имеет клинических проявлений и выявляется случайно при плановых обследованиях или аутопсии. Стандартом диагностики кистозных новообразований почек является спиральная компьютерная томография с контрастным усилением, что и было выполнено данному пациенту. По результатам КТ-исследования выявленным новообразованиям был присвоен соответствующий класс по классификации Bosniak, в соответствии с которым и была выбрана тактика лечения пациента по динамическому наблюдению за кистозным новообразованием левой почки. Соответственно, расхождению диагнозов, выявленному при аутопсии, была присвоена II категория расхождения диагноза – то есть – правильный диагноз в данной медицинской

организации был бы возможен, но заболевание не было распознано в связи с объективными или субъективными причинами, а ошибка диагностики существенно не повлияла на исход заболевания.

Таким образом, установленное основное заболевание воспринималось патологоанатомом как единое – то есть все имевшиеся у больной онкологические заболевания являлись основными, вне зависимости от влияния на исход. Данный подход к формированию основного диагноза изложен в самой классификации МКБ-10 [6], когда основное заболевание может быть только одно. Однако проанализировав доступные источники информации, посвященные вопросам кодирования ПМЗО, мы приходим к выводу, что четких, единых требований, применяемых при кодировании ПМЗО как для клинического, так и для патологоанатомического диагнозов до настоящего момента не установлено. Объясним нашу позицию.

До 2022 года, как у клиницистов, так и у патологоанатомов имело место единое видение по кодированию и учету случаев ПМЗО. Им присваивался единый код МКБ в соответствии с 10 классификацией. То есть при наличии двух или более независимых первичных злокачественных новообразований, при условии, что ни одно из них не является доминирующим, случай учитывался как C97, а каждый случай злокачественной опухоли кодировался дополнительными кодами как подрубрика основного заболевания [6,9]. Однако, в 2022 году вышли обновленные методические рекомендации Российского общества патологоанатомов, посвященным правилам кодирования злокачественных новообразований, где сделан акцент на изменениях, коснувшихся использования кода C97 [4]. Так для кодирования случаев ПМЗО (синхронных или метахронных двух и более опухолей), не входящих в группу новообразований лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, код C97 («Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций») указано *не использовать*. Вместо этого необходимо выбирать код наиболее тяжелого злокачественного новообразования на момент кодирования, или наиболее распространенной по стадии опухоли. А в случаях, если невозможно определить приоритет, то отдают предпочтение той локализации, по поводу которой осуществлялось последнее лечение. Вторая опухоль указывается в диагнозе как коморбидное (конкурирующее, сочетанное) заболевание со своим кодом и вносится во вторую часть медицинского свидетельства о смерти. Понятие метахронное или синхронное первично-множественное злокачественное новообразование сохраняется в диагнозе до рубрики «Основное заболевание» как подзаголовок.

Подобные рекомендации 2022 года, как ни странно, также присутствуют и со стороны клинических экспертов [5]. Так для амбулаторного этапа полностью исключено применение кода C97. В качестве основного состояния при обращении за медицинской помощью выбирается только то состояние, по поводу которого пациент обратился, независимо от имеющихся еще злокачественных новообразований. А в разделе госпитальной заболеваемости указывается, что да, действительно, классификацией предусмотрена отдельная рубрика для ПМЗО – C97, но для регистрации и учета случаев необходимо кодировать и учитывать только отдельные заболевания. Как вывод эксперты указывают, что рубрика C97 как в статистике заболеваемости, так и смертности не должна использоваться. Но аргументы к данному выводу, к сожалению, не приведены.

В многочисленных дискуссиях с врачами-патологоанатомами и экспертами в попытках выяснить причину, побудившую внести данные изменения в методические рекомендации, клиницисты пришли к выводу, что виной всему, как ни странно, цифровой прогресс. Ведение электронной карты пациента, а соответственно, передача информации об оказанной медицинской помощи в федеральные сервисы (ЕГИСЗ, ВИМИС, ПУМП) должна учитывать один конкретный код диагноза, явившего причиной оказания медицинской помощи. А код C97, действительно является верхнеуровневым и дает информацию только о признаке множественности опухоли, не неся за собой конкретики. Еще одним аргументом в поддержку требования не использовать код C97 можно привести Канцеррегистр - систему учета онкологических пациентов в Российской Федерации. Несмотря на содержание самого приказа, регламентирующего работу Канцеррегистра, где присутствует указание на диапазон кодов диагнозов, подлежащих регистрации в системе (а именно C00-**C97**, D00-D09), сам код C97 в системе не используется. При выявлении у больного первично-множественных злокачественных новообразований каждое из них регистрируется как отдельный случай. И действительно, в ежегодном своде данных по работе онкологической службы страны [7] присутствует анализ заболеваемости в разрезе диагнозов C00-C96, D00-D09, а анализ новых случаев ПМЗО представлен отдельно и оценен по наличию признака множественности заболеваний в медицинской карте пациента.

Проанализировав приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, а также тарифное соглашение в системе ОМС мы также не нашли кода C97 как основание для оплаты медицинской помощи. Действительно, напрашивается вывод об

архаичности данного кода, как источника информации при формировании и учете случаев оказания медицинской помощи. В настоящий момент в медицинских учреждениях страны формируется тенденция по отказу от использования кода С97 в пользу учета конкретного случая медицинской помощи, а не признака множественности, но это до настоящего момента не отражено в каких-либо нормативных документах.

Наряду с вышеизложенным стоит отметить, что федеральные формы статистического наблюдения (Формы № 14 и 14ДС - сведения о деятельности подразделений организации, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара и дневного стационара), являющиеся источником статистической информации в формате страны, продолжают собирать информацию по законченным случаям оказания медицинской помощи в разрезе диагноза С97, и соответственно требовать предоставление информации по данному диагнозу.

Поддержим мнение многих экспертов, что, несмотря на наличие в классификации МКБ-10 самостоятельного кода С97, идет постепенный отказ от его использования, как на врачебном уровне, так и на уровне государства. Многочисленные вопросы, касающиеся оформления *клинического* диагноза, выбора кода МКБ-10 для законченного случая, а также трактовка устаревших положений классификации МКБ-10, остаются неосвещенными, в связи с тем, что на настоящий момент существуют отдельные единые рекомендации по патологоанатомическому диагнозу, но не клиническому. Аксиому, что к данным диагнозам должны предъявляться аналогичные требования при их формировании, считаем не совсем верной [4, 10]. Имеющиеся единичные методические рекомендации по клиническому диагнозу, к сожалению, не были согласованы с профильными специалистами, в том числе и с онкологами, в связи с чем также вызывают интересную дискуссию в профессиональном сообществе. Учитывая вышеизложенное, считаем целесообразным обсуждение вопроса и о возможности исключения кода С97 как самостоятельной учетной единицы и из федеральных форм статистического наблюдения (Форма 14 и 14-ДС).

Список литературы

1. Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю., Агамов З.Х. Совершенствование кодирования заболеваемости и смертности в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-4-529-534>

2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С. и др. Принципы формирования врачебного заключения. Клинический диагноз. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-46-49>
3. Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Вариативность формулирования клинических диагнозов и их кодирования по МКБ-Х в подразделениях различного профиля. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2021. №3. DOI: 10.25742/NRIPH.2021.03.013
4. Зайратьянц О.В., Каниболоцкий А.А., Гришаков В.В. и др. Общие правила кодирования по МКБ-10, МКБ-0 и стадирования по TNM при формировании патологоанатомического диагноза и оформлении медицинского свидетельства о смерти: методические рекомендации. М, ФГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022
5. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. 2-е изд. М, ФГБУ ЦНИИОИЗ, 2022
6. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр. Том 2 Сборник инструкций, 1995
7. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024
8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О.. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2023
9. Зайратьянц О.В., Васильева Е.Ю., Михалева Л.М. и др. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Класс II. Новообразования. М., 2019
10. Ворошилова Е.А., Шекелашвили А.И., Ерошин Ю.В. Оформление заключительного клинического диагноза в онкологии: так ли понятны «правила игры»? – Здравоохранение Российской Федерации, 2025

References

1. Berseneva E. A., Mikhailov D. Yu., Agamov Z. Kh. Sovershenstvovaniye kodirovaniya zabollevayemosti i smertnosti v sisteme Ministerstva vnutrennikh del Rossiiyskoy Federatsii. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. [The development of morbidity and

mortality encoding in the system of the Ministry of Internal Affairs of Russia]. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]. 2020; (In Russian) DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-4-529-534>

2. Puzin S.N., Shurgaya M.A., Memetov S.S. and other. Printsipy formirovaniya vrachebnogo zaklyucheniya. Klinicheskiy diagnoz. [Principles of formation of medical conclusion. Clinical diagnosis]. Mediko-sotsyl'naya ekspertiza i reabilitatsiya. [Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal]. 2017; (In Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-1-46-49>

3. Berseneva E.A., Mikhaylov D.Y. Variativnost' formulirovaniya klinicheskikh diagnozov i ikh kodirovaniye po MKB-X v podrazdeleniyakh razlichnogo profilya. [Variability of formulating clinical diagnoses and their coding by ICD-X in divisions of different profile]. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdrorv'ya im. N.A. Semashko, №3. [Bulletin of the National Research institute of public health named N.A. Semashko]. 2021; (In Russian)

4. Zairatyants O.V., Kanibolotsky A.A., Grishakov V.V. and others. Obshchiye pravila kodirovaniya po MKB-10, MKB-0 i stadirovaniya po TNM pri formirovaniyu patologoanatomiceskogo diagnoza i oformlenii meditsinskogo svidetel'stva o smerti: metodicheskiye rekomendatsii. [General rules for coding according to ICD-10, ICD-0 and staging according to TNM when forming a pathological diagnosis and issuing a medical death certificate: guidelines]. FGBU NIIOZMM DZM [The Research Institute NIIOZMM]. 2022; (In Russian)

5. Vaisman D.Sh. Rukovodstvo po ispol'zovaniyu Mezhdunarodnoy klassifikatsii bolezney v praktike vracha. [Guide to the use of the International Classification of Diseases in medical practice: in two volumes. The second edition]. FGBU NIIOZMM DZM [The Research Institute NIIOZMM]. 2022; (In Russian)

6. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdrorv'ym, 10 peresmotr. Tom 2 Sbornik instruktsiy [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision]. Available at: <https://mkb-10.com/>; (In Russian)

7. Kaprin A.D. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2023 godu (zabolevayemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2023 (morbidity and mortality)]. MNIOI im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMITS radiologii» Minzdrava Rossii. [National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation]. 2023; (In Russian).

8. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Shakhzadova A.O. Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2022 godu. [The state of cancer care for the population of Russia in 2022]. MNIOI im. P.A. Gertseva. [National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation]. 2022; (In Russian)
9. Zairatyants O.V., Vasilyeva E.Yu., Mikhaleva L.M. and other. Pravila formulirovki patologoanatomicheskogo diagnoza, vybora i kodirovaniya po MKB-10 prichin smerti. Klass II. Novoobrazovaniya. [Rules for formulating pathological diagnosis, selection and coding of causes of death according to ICD-10. Class II. Neoplasms]. 2019; (In Russian)
10. Voroshilova E.A., Shekelashvili A.I., Eroshin Y.V. Oformleniye zaklyuchitel'nogo klinicheskogo diagnoza v onkologii: tak li ponyatny «pravila igry»? [Making a final oncological clinical diagnosis: are the “rules of the game” so clear?]. Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii [Health Care of the Russian Federation, Russian journal]. 2025; (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Ворошилова Екатерина Александровна - кандидат медицинских наук, заместитель главного врача, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, 24, e-mail: e.voroshilova@ronc.ru, ORCID 0009-0004-3396-4575

Павлова Яна Яновна - врач-методист организационно-методического отдела, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, 24, e-mail: ja.pavlova@ronc.ru ORCID 0009-0005-1572-0240

Ерошин Юрий Владимирович - врач-патологоанатом патологоанатомического отделения, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, 24, e-mail: ju.eroshin@ronc.ru, ORCID 0000-0002-6557-3868

Information about the authors

Voroshilova Ekaterina A. - MD, Deputy Chief Physician, Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 115522, Moscow, Russia, e-mail: e.voroshilova@ronc.ru
ORCID 0009-0004-3396-4575

Pavlova Yana Ya. - physician-methodologist, Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 115522, Moscow, Russia, e-mail: ja.pavlova@ronc.ru

ORCID 0009-0005-1572-0240

Eroshin Yuriy V. - pathologist, Federal State Budgetary Institution «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 115522, Moscow, Russia, e-mail: ju.eroshin@ronc.ru, ORCID 0000-0002-6557-3868

Статья получена: 05.06.2025 г.
Принята к публикации: 25.12.2025 г.