

Дискуссия

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

Самородская И.В., Какорина Е.П., Котов С.В.

НЕСООТВЕТСТВИЕ ПОВОДОВ ОБРАЩЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКУ И ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, УМЕРШИХ ОТ «НЕОПРЕДЕЛЕННЫХ» БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

В мире растет число пациентов с наличием нескольких заболеваний, что приводит к проблемам выбора первоначальной причины смерти (ППС). Часто в медицинском свидетельстве о смерти (МСС) в качестве ППС указаны нозологически не обоснованные коды. **Цель исследования:** изучить причины обращения за амбулаторной медицинской помощью пациентов, у которых после смерти в качестве ППС указаны энцефалопатия неопределенная (G93.4), церебральная киста (G93.0) и сенильная дегенерация головного мозга (G31.1); обсудить возможные причины указания данных кодов в качестве ППС. **Материал и методы.** Данные электронной базы данных Главного управления ЗАГС Московской области (система ЕГР ЗАГС МО) и электронных медицинских карт (ЭМК) из амбулаторных поликлинических учреждений (АПУ) за 2020–2021 гг. Всего в МСС зарегистрировано 15 741 случаев с указанием в качестве ППС кодов G93.4, G93.0 и G31.1, из них 11 678 (74,2%) обращались в АПУ. **Результаты.** Не зарегистрировано случаев обращений в АПУ, при которых единственной причиной были коды G93.4, G93.0 и G31.1. Почти 80% пациентов, которым после смерти в качестве ППС указан один из трех кодов (G93.4, G93.0 и G31.1), обращались в АПУ более 1 раза. Среднее число обращений в АПУ по любому поводу составило $6,8 \pm 8,8$. Почти у 70% зарегистрированы болезни системы кровообращения (БСК) (из них 42,9% — цереброваскулярные болезни), рак — 7,2%; сахарный диабет — 5,3%; болезни нервной системы (БНС) — 8,8%; 11% — COVID-19. Подавляющее большинство смертей по коду ППС G31.1 и G93.4 регистрировалось в возрасте от 75 до 95 лет (84 и 77,5% соответственно), по коду ППС G93.0 — 63,2%. В каждой подгруппе умерших преобладали женщины, средний возраст которых ($84,6 \pm 8,1$ года) был выше, чем мужчин ($78,5 \pm 10,8$ года). **Выводы.** Коды G93.4, G93.0 и G31.1 в качестве ППС используются в подавляющем большинстве случаев в пожилом возрасте на фоне неоднократного обращения за поликлинической помощью и multimorbидной патологией. Недостаточно просто запретить их использование, необходима согласованная позиция специалистов по выбору корректной ППС (и соответствующего кода) при multimorbидной нежизнеугрожающей патологии у лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: причина смерти; multimorbидность; кодирование.

Для цитирования: Самородская И.В., Какорина Е.П., Котов С.В. Несоответствие поводов обращения в поликлинику и причин смерти больных, умерших от «неопределенных» болезней нервной системы. *Клиническая медицина*. 2025;103(2):152–158.

DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-2-152-158>

Для корреспонденции: Самородская Ирина Владимировна — e-mail: samor2000@yandex.ru

Irina V. Samorodskaya, Ekaterina P. Kakorina, Sergey V. Kotov

DISCREPANCY BETWEEN REASONS FOR POLYCLINIC VISITS AND CAUSES OF DEATH IN PATIENTS WHO DIED FROM “UNDETERMINED” NERVOUS SYSTEM DISEASES

Moscow Region Scientific Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky, Moscow, Russia

The number of patients with multiple diseases is increasing globally, leading to challenges in determining the primary cause of death (PCD). Often, the medical death certificate (MDC) lists nosologically unjustified codes as the PCD. **The aim of this study** is to investigate the reasons for outpatient medical visits by patients whose PCD after death was recorded as unspecified encephalopathy (G93.4), cerebral cyst (G93.0), and senile degeneration of the brain (G31.1); and to discuss possible reasons for these codes being listed as the PCD. **Material and methods.** Data from the electronic database of the Main Directorate of the Civil Registry Office of the Moscow Region (USR system of the Civil Registry Office of the Moscow Region) and electronic medical records (EMR) from outpatient clinics (APU) for 2020–2021. In total, 15,741 cases were registered in the MCC with codes G93.4, G93.0 and G31.1 indicated as UCD, of which 11,678 (74.2%) applied to the APU. **Results.** There were no recorded instances where the sole reason for outpatient visits was codes G93.4, G93.0, and G31.1. Nearly 80% of patients who had one of these three codes listed as PCD after death had visited outpatient clinics more than once. The average number of outpatient visits for any reason was 6.8 ± 8.8 . Almost 70% had registered cardiovascular diseases (CVD) (of which 42.9% were cerebrovascular diseases), cancer accounted for 7.2%; diabetes mellitus for 5.3%; and nervous system diseases (NSD) for 8.8%; while 11% were related to COVID-19. The overwhelming majority of deaths coded as PCD G31.1 and G93.4 occurred in individuals aged 75 to 95 years (84% and 77.5%, respectively), while for code G93.0 it was 63.2%. In each subgroup of deceased individuals, women predominated, with an average age (84.6 ± 8.1 years) higher than that of men (78.5 ± 10.8 years). **Conclusions.** Codes G93.4, G93.0, and G31.1 as PCD are predominantly used in older age groups against a backdrop of repeated outpatient visits and multimorbidity. It is insufficient to simply prohibit their use; a coordinated position among specialists is necessary to select the appropriate PCD (and corresponding code) in cases of non-life-threatening multimorbidity in elderly individuals.

Key words: cause of death; multimorbidity; coding.

For citation: Samorodskaya I.V., Kakorina E.P., Kotov S.V. Reasons for medical care outpatient who died from “unspecified” diseases of the nervous system. *Klinicheskaya meditsina*. 2025;103(2):152–158. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2025-103-2-152-158>

For correspondence: Irina V. Samorodskaya — e-mail: samor2000@yandex.ru

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

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 01.07.2024

Accepted 17.09.2024

При сравнении российских региональных стандартизованных коэффициентов смертности (СКС) в 2013 и 2022 гг. от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) и болезней нервной системы (БНС) была выявлена тенденция к снижению СКС от ЦВБ и рост СКС от БНС [1]. Полученные результаты могли быть связаны как с общемировой тенденцией к росту нейродегенеративной патологии, так и особенностями заполнения медицинских свидетельств о смерти (МСС) и процессом «перемещения смертности» для «улучшения» статистики смертности от болезней системы кровообращения (БСК). Дальнейший анализ причин смерти пациентов от болезней нервной системы (БНС, класс G) по данным МСС показал, что в большинстве случаев в качестве кодов первоначальной/основной причины смерти (ППС) были использованы нозологически не обоснованные, недостаточно четко определенные «заболевания» из рубрики «Другие нарушения нервной системы» (G90–G99), причем 66% от всех случаев смерти в данном классе у женщин и мужчин приходилось на «энцефалопатию неуточненную» (G93.4), 10,5% — «церебральную кисту» (G93.0), а также 6,5% — «сенильную дегенерацию головного мозга неуточненную» (G31.1) [2]. Высокая доля смертей от перечисленных причин вызывает сомнение в правильности установки ППС, поскольку такие коды не могут рассматриваться как самостоятельные заболевания, а, следовательно, причины смерти. Большинство умерших от данных причин были лицами пожилого и старческого возраста, и можно было предположить, что использование таких кодов для ППС было связано с мультиморбидностью. У лиц с мультиморбидной патологией выделить ведущее заболевание зачастую сложно, поэтому интересным и практически важным является попытка анализа обращения таких пациентов в амбулаторные поликлинические учреждения (АПУ) в течение последнего года жизни. Такой анализ может позволить выявить ведущие механизмы, приведшие к смерти у этой группы лиц, поскольку именно усугубление имеющейся патологии могло служить как причиной обращения в АПУ, так и последовавшего летального исхода.

Цель исследования: изучить причины обращения за амбулаторной медицинской помощью пациентов, у которых после смерти в качестве первоначальной причины смерти указаны энцефалопатия неопределенная (G93.4), церебральная киста (G93.0) и сенильная дегенерация головного мозга (G31.1); обсудить возможные причины указания данных кодов в качестве ППС.

Материал и методы

По данным электронной базы данных Главного управления ЗАГС Московской области (система ЕГР ЗАГС МО), основанной на МСС за 2021 г., на первом этапе исследования отобраны все случаи, в которых в качестве ППС указаны заболевания (исключены в качестве ППС коды внешних причин, травм и отравлений) — всего 109 126 случаев. Предоставленные по запросу данные не содержали информацию о проведении или отсутствии патологоанатомического исследования.

Поскольку на текущий момент не существует единой медицинской базы данных, содержащей информацию о всех амбулаторных и госпитальных случаях обращения населения Московской области в медицинские организации, то исходя из текущих возможностей и в целях настоящего исследования к базе данных умерших из электронных медицинских карт (ЭМК) подобрана информация об обращениях этих же лиц за медицинской помощью в АПУ Московской области в течение 2020–2021 гг., всего 86 556 (79,3%). Лишь 20,7% не имели обращений в АПУ за рассматриваемый период.

Данные включали пол, возраст, коды всех причин обращений за амбулаторной медицинской помощью. Общее число причин обращения за амбулаторной медицинской помощью оценивалось на основании 4-значных кодов МКБ; группировка 4-значных кодов МКБ-10 проведена по следующим группам заболеваний: болезни нервной системы (БНС), из них энцефалопатии неопределенной (G93.4), церебральной кисты (G93.0) и сенильной дегенерации головного мозга (G31.1), злокачественные новообразования (ЗНО), болезни системы кровообращения (БСК) из них — ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет, артериальная гипертензия (АГ), цереброваскулярные болезни (ЦВБ), COVID-19.

Для проведения анализа использовались пакеты SPSS 26.0 (IBM Company) и Excel (Microsoft). Сравнение количественных показателей в 2 группах проведено с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни, в 3 группах — с помощью дисперсионного анализа и коррекцией по методу Бонферрони при парных сравнениях.

Результаты

Выявлен 15 741 случай регистрации в МСС в качестве ППС кодов энцефалопатии неопределенной (G93.4), церебральной кисты (G93.0) и сенильной дегенерации головного мозга (G31.1), 11 678 из них обращались за амбулаторной медицинской помощью по различным причинам.

Среднее число обращений в АПУ по любому поводу составило $6,8 \pm 8,8$, а среднее число уникальных 4-значных кодов составило $3,9 \pm 3,4$. В табл. 1 представлены данные в зависимости от кода ППС, причем 21% из лиц, которым после смерти в качестве ППС указан один из трех кодов (G93.4, G93.0 и G31.1), обращались с АПУ только 1 раз, в то время как 79% пациентов (9210) — более 6 раз в среднем, причем максимальное число обращений — 191 раз за год при ППС G93.4.

Сходная тенденция наблюдалась и в отношении числа 4-значных кодов: лишь у 26% был зарегистрирован 1 код, тогда как у 74% (8635 лиц) в качестве причин обращения были указаны более трех 4-значных кодов, при этом так же наибольшее число (34 кода) отмечено у лиц с ППС G93.4.

Почти у 70% лиц были зарегистрированы обращения в связи с БСК в 2020–2021 гг., причем 43% обращались в АПУ по поводу ЦВБ (табл. 2), при этом лишь 4,6% —

Таблица 1. Число обращений и число 4-значных кодов МКБ-10 зарегистрированных в АПУ в связи с обращением у пациентов, впоследствии умерших от «энцефалопатии неопределенной» (G93.4), «церебральной кисты» (G93.0) и «сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1)

Table 1. Number of Visits and Number of 4-Digit ICD-10 Codes Registered in the Outpatient Clinics Related to Visits by Patients Who Subsequently Died from “Undetermined Encephalopathy” (G93.4), “Cerebral Cyst” (G93.0), and “Senile Degeneration of the Brain” (G31.1)

Код ППС ICD Code	Среднее число обращений Average Number of Visits	Максимальное число обращений Maximum Number of Visits	Число и % лиц, обратившихся в АПУ только 1 раз Number and % of Individuals Who Visited Outpatient Clinics Only Once		Среднее число 4-значных кодов МКБ-10 Average Number of 4-Digit ICD- 10 Codes	Максимальное число 4-значных кодов МКБ Maximum Num- ber of 4-Digit ICD-10 Codes	Количество лиц, у которых зарегистрирован только 1 4-значный код МКБ при обращении в АПУ Number of Individuals with Only 1 4-Digit ICD Code Registered During Outpatient Visits	
			n	%			n	%
G31.1 (1072)	$6,2 \pm 7,3$	58	235	21,9	$3,7 \pm 3,2$	23	292	27,2
G93.0 (1325)	$6,4 \pm 7,9$	68	298	22,5	$3,7 \pm 3,2$	29	348	26,3
G93.4 (9281)	$6,9 \pm 9,1$	191	1935	22,8	$3,9 \pm 3,4$	34	2403	25,9

Таблица 2. Основные группы причин обращения в АПУ в последующем умерших от «энцефалопатии неопределенной» (G93.4), «церебральной кисты» (G93.0) и «сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1)

Table 2. Main Groups of Reasons for Visits to Outpatient Clinics by Patients Who Subsequently Died from “Undetermined Encephalopathy” (G93.4), “Cerebral Cyst” (G93.0), and “Senile Degeneration of the Brain” (G31.1)

Причины смерти (ППС) Cause of Death (ICD)	G31.1 (1072)		G93.0 (1325)		G93.4 (9281)		Всего (3 кода, 11 678 человек) Total (3 codes, 11,678 individuals)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Причины обращения в АПУ Reasons for Visits to Outpatient Clinics								
БСК CD	738	68,8	983	74,2	6372	69	8093	69,3
АГ AH	412	38,4	509	38,4	3608	38,9	4529	38,8
ИБС IHD	210	19,6	236	17,8	1804	19,4	2250	19,3
ЦВБ CVD	469	43,8	684	51,6	3859	41,6	5012	42,9
ОНМК ACVA	40	3,7	121	9,1	378	4,1	539	4,6
БНС DNS	77	7,2	100	7,5	853	9,2	1030	8,8
ЗНО MN	60	5,6	68	5,1	714	7,7	842	7,2
COVID-19	122	11,4	147	11,1	1089	11,7	1358	11,6
Сахарный диабет Diabetes Mellitus	52	4,9	80	6,0	492	5,3	624	5,3
Всего БСК+ЗНО+БНС+COVID-19+ сахарный диабет Total CD+MN+DNS+COVID-19+ Diabetes Mellitus	822	76,7	1060	80,0	7148	77,0	9030	77,3

Примечание: БСК — болезни системы кровообращения; АГ — артериальная гипертензия; ИБС — ишемическая болезнь сердца; ЦВБ — цереброваскулярные болезни; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения; БНС — болезни нервной системы; ЗНО — злокачественные новообразования.

Note: CD — circulatory disorders, AH — Arterial Hypertension; IHD — Ischemic Heart Disease; CVD — Cerebrovascular Diseases; ACVA — Acute Cerebrovascular Accident; DNS — Diseases of the Nervous System; MN — Malignant Neoplasms.

Дискуссия

в связи с ОНМК. Не было отмечено случаев, когда в качестве единственной причины обращения за медицинской помощью в АПУ были зарегистрированы «энцефалопатия неопределенная» (G93.4), «церебральная киста» (G93.0) или «сенильная дегенерация головного мозга (G31.1)».

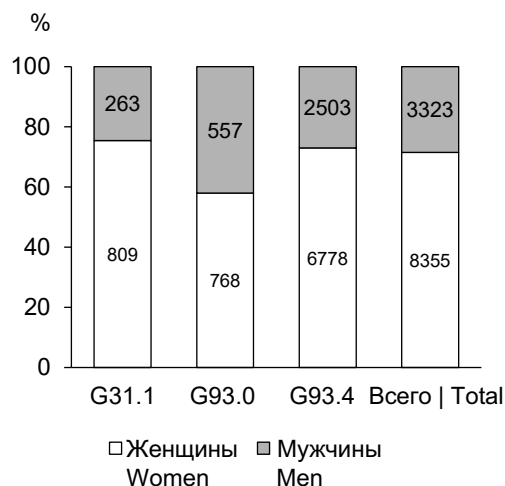
Обращает внимание, что из класса БНС «энцефалопатия неопределенная» (G93.4) регистрировалась в АПУ у 2,5% (290) пациентов; у 8 (0,1%) — «церебральная киста» (G93.0), но случаев прижизненной регистрации «сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1) не было отмечено.

Средний возраст умерших от «сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1) составил $84,8 \pm 7,2$ года (минимум — 49, максимум — 100), «церебральной кисты» (G93.0) — $79,21 \pm 10,2$ года (минимум — 26, максимум — 104) и «энцефалопатии неопределенной» (G93.4) — $83,16 \pm 9,4$ года (минимум — 20, максимум — 107), различия между группами статистически значимы ($p < 0,0001$). Подавляющее большинство смертей по коду ППС G31.1 и G93.4 регистрировалось в возрасте от 75 до 95 лет (84 и 77,5% соответственно), по коду ППС G93.0 — 63,2%. У пациентов с ППС «церебральная киста» (G93.0) отмечено наибольшее число обращений в АПУ по поводу ОНМК — 9,1%. ($p < 0,001$) по сравнению с умершими от «сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1) и «энцефалопатии неопределенной» (G93.4).

В каждой подгруппе умерших преобладали женщины (см. рисунок), причем средний возраст женщин ($84,6 \pm 8,1$) был выше, чем у мужчин ($78,5 \pm 10,8$). И среди женщин ($85,7 \pm 6,8$), и среди мужчин ($82,4 \pm 8,2$) наиболее высокие показатели среднего возраста зарегистрированы в случае регистрации ППС кода G31.1. Средний возраст обратившихся 1 раз в АПУ по любой причине составил $83,7 \pm 9,1$ года, в случае обращения в АПУ больше 1 раза — $82,6 \pm 9,5$ года.

Обсуждение

Прслеживаемая во всем мире тенденция старения населения естественно сопровождается увеличением числа БСК, растет число пожилых и старых людей, у которых БСК развиваются в результате физиологических изменений при старении. Считается, что более 70% людей в возрасте 70 лет и старше страдают различными БСК, причем у двух третей этой возрастной популяции развиваются также сопутствующие заболевания, не связанные с БСК, то есть формируется не только полиморбидная/коморбидная (наличие двух или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой), но и мультиморбидная патология (сосуществование двух или более хронических заболеваний у одного человека, в котором ни одна из патологий не выделяется как основная и не взаимосвязана патогенезом) [3–5]. Таким образом, мультиморбидность у лиц пожилого и старческого возраста является не исключением, а скорее правилом. Эта демографическая тенденция ставит перед медицинским сообществом вопросы не только определения ведущей нозологии, изменения лечебной парадигмы, но и определения ППС при летальном исхо-



Распределение по полу обращающихся в АПУ и умерших от сенильной дегенерации головного мозга» (G31.1), церебральной кисты (G93.0) и «энцефалопатии неопределенной» (G93.4)

Gender distribution of those who applied for outpatient clinics and died from senile brain degeneration (G31.1), cerebral cysts (G93.0), and indeterminate encephalopathies (G93.4)

де. Значимость этой проблемы не следует недооценивать, поскольку ее решение необходимо для планирования развития здравоохранения, коррекции программ организации медицинской помощи, определения демографической политики, примером чего служит концепция политики активного долголетия в национальном проекте «Демография». Поэтому выявление истинной ППС, насколько это возможно в каждом конкретном случае, является важной предпосылкой для внесения изменений в существующие концепции медицинской помощи.

В нашем исследовании показано, что большинство умерших имели мультиморбидную патологию и неоднократно обращались за поликлинической помощью. В качестве примера приведем данные женщины, умершей в 87 лет, у которой в качестве ППС была указана энцефалопатия неуточненная (G93.4). Однако в течение 2020–2021 гг. у нее было зарегистрировано 191 обращение в АПУ: гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности (код I11.9 — 62 обращения), энцефалопатия неуточненная (G93.4 — 36), атеросклеротическая болезнь сердца (I25.1 — 21), другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8 — 12), цереброваскулярная болезнь неуточненная (I67.9 — 3), другие расстройства вегетативной [автономной] нервной системы (G90.8 — 1), первичная открытоугольная глаукома (H40.1 — 1), процедура не выполнена по неуточненной причине (Z53.9 — 1), острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная (J06.9 — 1), хронический атрофический гастрит (K29.4 — 1), хронический поверхностный гастрит (K29.3 — 2), неопределенный колит (K52.3 — 2), другой и неуточненный синдром раздраженного кишечника (K58.8 — 3), перелом шейки бедра (S72.0 — 1), другие и неуточненные боли в области живота (R10.4 — 3), боль неуточненная (R52.9 — 7), дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненной части, без прободения

и абсцесса (K57.9 — 9), процедура не выполнена из-за отказа больного по другим и неуточненным причинам (Z53.2 — 10), процедура не выполнена по другим причинам (Z53.8 — 14). Сложно сказать почему при наличии множественной патологии в качестве ППС была указана именно энцефалопатия неуточненная (G93.4). Следует обратить внимание и на то, что не все указанные 4-значные коды относятся к заболеваниям с клинической точки зрения. В качестве заболеваний в данном случае, вероятно, можно выделить ИБС (I25.1), гипертоническую болезнь (I11.9), цереброваскулярную болезнь неуточненную (I67.9), другие уточненные поражения сосудов мозга (I67.8), энцефалопатию неуточненную (G93.4), глаукому (H40.1), гастрит (2 кода), колит (K52.3), дивертикулярную болезнь кишечника (K57.9) синдром раздраженного кишечника (K58.8), перелом шейки бедра (S72.0). В описанном случае явно имели место множественные обращения за медицинской помощью с разнообразной патологией, причем таких ситуаций (множественные обращения лиц с мультиморбидной патологией) в нашем исследовании большинство. В настоящее время установлена достоверная связь между мультиморбидностью, вне зависимости от ее составляющих, и смертностью, что не аналогично повышению риска смерти при наличии определенной нозологии, поскольку мультиморбидность увеличивает риск нарушений функционирования и осложнений вследствие как взаимодействия между заболеваниями, так и между лечебными подходами [6, 7]. В то же время D. Сапоу и соавт. [8], изучавшие смертность от инфаркта миокарда, инсульта и сахарного диабета в популяции более 2 млн чел., отметили лишь незначительное увеличение риска смерти у пациентов при сочетании всех трех заболеваний, что, вероятно, можно объяснить высоким уровнем смертности от каждого заболевания из этой тройки. Но при этом авторами было отмечено значительное воздействие других нозологий из мультиморбидного спектра на уровень смертности. Поэтому, несмотря на длительное использование МКБ, многие вопросы определения ППС до сих пор остаются недостаточно согласованными. Вероятно при наличии мультиморбидной патологии причиной смерти не всегда становится одно патологическое состояние (заболевание).

Так, в нашем исследовании у 38% пациентов были зарегистрированы разные формы гипертонической болезни (артериальной гипертензии), которая считается общепризнанным фактором риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом АГ редко регистрируется в качестве первоначальной причины смерти и в России, и в других странах [9]. У большинства умерших при наличии АГ имелись фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, сахарный диабет, ожирение, сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера и Паркинсона. Таким образом, очевидно, выбор и регистрация ППС зависит от подходов к ее выбору. С одной стороны, не совсем понятно, почему при наличии АГ в качестве ППС указывают энцефалопатию неопределенную, а с другой, на настоящий момент нет единых критериев указания АГ в качестве ППС при наличии у пациента АГ, даже при

проведении патологоанатомических исследований. Так, по данным исследования, выполненного в Бразилии (выборочная аутопсия 356 умерших от естественных причин старше 50 лет при условии уточнения анамнеза от врачей и близких умершего), АГ является второй ведущей ППС (25,6%), первая причина — атеросклероз (37,8%). В статье не описаны критерии установления ППС от АГ, указано только, что учитывалась информация о наличии АГ и/или применении гипотензивных препаратов и данные аутопсии [10]. В нашем исследовании [11] у больных ишемическим инсультом АГ была выявлена у 80,3%, фибрилляция предсердий — у 33,7%, сахарный диабет — у 22,3% больных, а среди умерших в остром периоде инсульта — 82,1, 57,1 и 50% соответственно, то есть половина умерших больных были мультиморбидны, но ППС была одна — инфаркт мозга (I63).

Понятие «энцефалопатия» объединяет разнородные невоспалительные диффузные поражения вещества головного мозга в результате воздействия разнообразных патологических метаболических факторов, одним из которых является хроническая ишемия головного мозга, наиболее часто обусловленная «болезнью мелких сосудов» (гипертонической ангиопатией) или множественными инфарктами головного мозга вследствие атеросклеротических стенозов [12]. Основным проявлением энцефалопатии является нарушение интегративной деятельности мозга, в результате чего возникают различные нарушения высших нервных (когнитивных) функций. С клинической точки зрения энцефалопатию можно сравнить с сердечной недостаточностью, являющейся осложнением различных заболеваний сердца, которую МКБ не рекомендует использовать в качестве ППС, но для энцефалопатии такой рекомендации в МКБ нет.

Для взрослого населения в МКБ-10 имеются только три кода энцефалопатии (исключая алкогольную и токсическую): I67.4 — «гипертензивная энцефалопатия», E51.2 — «энцефалопатия Вернике» и G93.4 — «энцефалопатия неуточненная», при этом первый и второй коды имеют четкие диагностические критерии в отличие от третьего. Но в анализируемой нами популяции у 539 пациентов в АПУ зарегистрированы случаи ОНМК (класс БСК, группа ЦВБ), однако в качестве причины смерти указан один из трех «мусорных» кодов БНС. Острый период инсульта у выживших заканчивается формированием постинсультного неврологического дефицита, что «с натяжкой» можно обозначить как энцефалопатию, и формированием кистозно-глиозных изменений в области инфаркта мозга (что можно назвать церебральной кистой), но данные проявления в соответствии с МКБ-10 являются осложнениями и должны шифроваться как I69.3 «последствия инфаркта мозга», тем не менее и энцефалопатия, и церебральная киста были указаны как ППС. Возможно, такой выбор ППС происходил и с целью некоторого снижения смертности от БСК.

Большинство пациентов, у которых в качестве причины смерти указан один из трех неопределенных кодов БНС, были старше 75 лет. Вполне вероятно, что использование данных кодов стало заменой запрещенного (не

рекомендованного) для указания в МСС в России кода R54 (старость). Так, в Японии врачи склонны записывать в МСС «умер от старости» (died of old age), если сталкиваются со смертью пожилых пациентов на фоне медленного и постепенного прогрессирующего ухудшения состояния при длительном лечении хронического заболевания [13]. Такая ситуация сохраняется, несмотря на ряд дискуссий о том, что указание «старости» как причины смерти является ошибочным, хотя данный код и понятие «старческая астения» используется в клинических рекомендациях Российской ассоциации геронтологов и гериатров [14].

С нашей точки зрения требует обсуждения еще один аспект. В публикациях последних лет часто обсуждается понятие «хрупкости» (frailty). Хрупкость рассматривается как снижение всей совокупности физических и умственных способностей человека, характеризуется снижением резервов гомеостаза, повышает уязвимость человека к стрессовым воздействиям и увеличивает риск негативных последствий, связанных со здоровьем. Таким образом, существует согласованное мнение о том, что хрупкость создает высокий риск развития негативных событий, связанных со здоровьем, в том числе — смерти от незначительных или ничтожных причин [15]. Пациенты в состоянии «хрупкости», как правило, настолько слабы, что любое незначительное нарушение здоровья или кратковременная потеря внимания со стороны тех, кто за ними ухаживает, могут привести к летальному исходу [16, 17]. Однако вопросы применения этого термина в МСС до сих пор не регламентированы.

С нашей точки зрения запрещение отдельных кодов мало изменит ситуацию. Для улучшения организации медицинской помощи и понимания причин смерти в структуре всех смертей важно определить:

- долю тех, кто умер от болезней, которые могут являться причиной смерти в любом возрасте (ИМ, ОНМК, ЗНО, травмы и т.д.); в таких ситуациях значимость медицинской помощи преобладает;
- долю тех, кто умер в пожилом возрасте от «физиологического завершения жизни».

А) доля умерших на фоне «дряхлости/хрупкости» организма в сочетании хроническими заболеваниями (которые должны указываться в части II МСС, патология, способствующая смерти, но не может быть ППС), в таких ситуациях качество и продолжительность жизни зависит в основном от ухода, и потребность в социальной помощи преобладает над потребностью в стационарном лечении.

Б) доля умерших в возрасте «здорового физиологического завершения жизни» (критерии?) через механизм внезапной смерти (учитывая, что бессмертия не существует, по-видимому, такая смерть в преклонном возрасте может подходить под определение «хорошей смерти» [18] и являться показателем качества жизни и нормальной естественной смерти).

Заключение

Учитывая все выше сказанное, вероятно следует признать нецелесообразность использования всех трех

кодов (G31.1, G93.0 и G93.4) в качестве ППС. Однако, учитывая, что значительное число смертей обозначены с использованием в качестве ППС данных кодов, будет недостаточно просто запретить их использование и расценивать как ошибочные или «мусорные» ППС. Вероятно у мультиморбидных пациентов, особенно на фоне зафиксированных состояний хрупкости и старческой астении, целесообразно проводить клинический анализ имеющейся медицинской документации о предшествующих смерти состояниях, выделить наиболее частые клинические сценарии и обосновать, какие коды в качестве ППС — непосредственной причины смерти и причины, способствующей смерти, — следует использовать. Следует одновременно включить согласованную позицию специалистов по данному вопросу в учебные программы и методические рекомендации по заполнению МСС.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Какорина Е.П., Самородская И.В., Котов С.В. Показатели смертности мужчин и женщин от цереброваскулярных и нервных болезней в регионах России в 2013 и 2022 гг. *Национальное здравоохранение*. 2024;5(1):29–37. [Kakorina E.P., Samorodskaya I.V., Kotov S.V. Mortality rates for men and women from cerebrovascular and nervous diseases in the regions of Russia in 2013 and 2022. *National Health Care (Russia)*. 2024;5(1):29–37. (In Russian)]. DOI: 10.47093/2713-069X.2024.5.1.29-37
2. Самородская И.В., Какорина Е.П., Чернявская Т.К., Котов С.В. Болезни нервной системы как первоначальная причина смерти. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):135142. [Samorodskaya I.V., Kakorina E.P., Chernyavskaya T.K., Kotov S.V. Diseases of the nervous system as the underlying cause of death. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(1):135142. (In Russian)]. DOI: 10.17116/jnevro2024124011135
3. Чукаева И.И., Самородская И.В., Ларина В.Н. Распространенность мультиморбидности: дискуссия о терминологии, регистрации и ее влиянии на обращение пациентов за медицинской помощью. *Тер. арх.* 2018;90(8):125–130. [Chukayeva I.I., Samorodskaya I.V., Larina V.N. The prevalence of multimorbidity: discussion about the terminology, registration and its effect on patient's health care utilization. *Ter. Arkh.* 2018;90(8):125–130. (In Russian)]. DOI: 10.26442/terarkh2018908125-130
4. Драпкина О.М., Шутов А.М., Ефремова Е.В. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз — синонимы или разные понятия? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(2):65–69. [Drapkina O.M., Shutov A.M., Efremova E.V. Comorbidity, multimorbidity, dual diagnosis — synonyms or different terms? *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(2):65–69. (In Russian)]. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-2-65-69
5. Skou S.T., Mair F.S., Fortin M., Guthrie B., Nunes B.P., Miranda J.J. et al. Multimorbidity. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2022;8(1):48. DOI: 10.1038/s41572-022-00376-4
6. Arshadipour A., Thorand B., Linkohr B., Ladwig K.H., Heier M., Peters A. Multimorbidity patterns and mortality in older adults: Results from the KORA-Age study. *Front. Nutr.* 2023;10:1146442. DOI: 10.3389/fnut.2023.1146442
7. Xiao L.X., Wang Z.Y., Li J.T., Wang H.M., Hao Y.M., Zhou P. et al. Association of cardiometabolic multimorbidity with all-cause and cardiovascular disease mortality among Chinese hypertensive patients. *J. Geriatr. Cardiol.* 2024;21(2):211–218. DOI: 10.26599/1671-5411.2024.02.003
8. Canoy D., Tran J., Zottoli M., Ramakrishnan R., Hassaine A., Rao S. et al. Association between cardiometabolic disease multimorbidity and all-cause mortality in 2 million women and men registered in UK general practices. *BMC Med.* 2021;19(1):258. DOI: 10.1186/s12916-021-02126-x

9. Самородская И.В., Семенов В.Ю. Смертность от артериальной гипертензии в регионах Российской Федерации в период с 2013 по 2019 г. *Кардиология*. 2021;61(12):59–65. [Samorodskaya I.V., Semenov V.Yu. Mortality from arterial hypertension in the regions of the Russian Federation in the period from 2013 to 2019. *Kardiologiya*. 2021;61(12):59–65. (In Russian)]. DOI: 10.18087/cardio.2021.12.n1643
10. Coelho, Juliana Chaves, Ferretti-Rebustini, Renata Eloah de Lucena, Suemoto, Claudia Kimie, Leite, Renata Elaine Paraizo, Jacob-Filho, Wilson, & Pierin, Angela Maria Geraldo. (2019). Hypertension is the underlying cause of death assessed at the autopsy of individuals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53:e03457. DOI: 10.1590/s1980-220x2018006103457
11. Котов С.В., Исакова Е.В., Колчу И.Г., Белкина С.Н. Влияние модифицируемых факторов риска инсульта на результаты системной тромболитической терапии у больных в остром периоде ишемического инсульта. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2021;15(1):21–31. [Kotov S.V., Isakova E.V., Kolchu I.G., Belkina S.N. The influence of modifiable risk factors for stroke on the results of systemic thrombotic therapy in patients in the acute period of ischemic stroke. *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2021;15(1):21–31. (In Russian)]. DOI: 10.25692/ACEN.2021.1.3
12. Кулеш А.А., Емелин А.Ю., Боголепова А.Н., Доронина О.Б., Захаров В.В., Колоколов О.В. и др. Клинические проявления и вопросы диагностики хронического цереброваскулярного заболевания (хронической ишемии головного мозга) на ранней (додементной) стадии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):4–12. [Kulesh A.A., Emelin A.Y., Bogolepova A.N., Doronina O.B., Zakharov V.V., Kolokolov O.V. et al. Clinical manifestations and issues of diagnosis of chronic cerebrovascular disease (chronic cerebral ischemia) at an early (pre-dementia) stage. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(1):4–12. (In Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-4-12
13. Asai K., Osugi Y. Increased Mortality of “Died of Old Age” in Japan. *J. Gerontol. Geriatr. Med.* 2022;8:135. DOI: 10.24966/GGM-8662/100135
14. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М. и др. Старческая астения: клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020;1:11–46: Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., Frolova E.V., Naumov A.V., Vorobyeva N.M. et al. Senile asthenia: clinical recommendations. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;1:11–46. (In Russian)]. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46
15. Proietti M, Cesari M. Frailty: What Is It? *Adv. Exp. Med. Biol.* 2020;1216:1–7. DOI: 10.1007/978-3-030-33330-0_1
16. Meslé, F., Vallin, J. Causes of death at very old ages, Including for supercentenarians. *Exceptional Lifespans*. 2021;69–84. DOI: 10.1007/978-3-030-49970-9_7
17. Allison R 2nd, Assadzandi S, Adelman M. Frailty: Evaluation and Management. *Am. Fam. Physician*. 2021;103(4):219–226.
18. Long, N.H. (2023). At the End of Life: Health, Death, and Cultural Practices. In: Liamputtong, P. (eds) Handbook of Social Sciences and Global Public Health. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25110-8_135

Поступила 01.07.2024

Принята в печать 19.09.2024

Информация об авторах

Самородская Ирина Владимировна — д-р мед. наук, профессор, Московского областного научно-исследовательского института им. В.Ф. Владимирского; <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Какорина Екатерина Петровна — д-р мед. наук, профессор, заместитель директора, Московского областного научно-исследовательского института им. В.Ф. Владимирского; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Котов Сергей Викторович — д-р мед. наук, профессор Московского областного научно-исследовательского института им. В.Ф. Владимирского; <https://orcid.org/0000-0002-8706-7317>

Information about the authors

Irina V. Samorodskaya — Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Region Scientific Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky; <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Ekaterina P. Kakorina — Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director, Moscow Region Scientific Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky; <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Sergey V. Kotov — Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Region Scientific Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky; <https://orcid.org/0000-0002-8706-7317>