

ISSN 1025-7209 (Print)
ISSN 2309-5636 (Online)

ЭНДО- СКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Том 30
1'2024

Научно-практический журнал
Основан в 1995 г.

МЕДИА  СФЕРА

Диагноз: значение в клинической практике, виды, современные правила оформления

© П.С. ВЕТШЕВ¹, Ф.П. ВЕТШЕВ², Ю.Н. ОРЛОВ¹

¹ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;
²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Представить основные сведения о современных подходах и актуальных правилах составления диагноза, обосновать его значение в клинической практике.

Результаты. Показано основополагающее значение клинического диагноза в повседневной практике врача любой специальности. Отмечено, что от точности и полноценности сформулированного диагноза во многом зависят своевременность, адекватность и персонализированная направленность лечения конкретного больного, преемственность лечебных мероприятий и общая их эффективность. Представлена структура современного диагноза, даны определения основных его разделов — рубрик, отмечены типичные недостатки и погрешности, встречающиеся при составлении клинического диагноза.

Заключение. Знание основ и актуальных правил составления диагноза необходимо клиницистам любой специальности, особенно хирургам в силу уникальной специфики профессии и высочайшей ответственности в принятии решений.

Ключевые слова: клинический диагноз, рубрики клинического диагноза, правила оформления, виды диагнозов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Ветшев П.С. — <https://orcid.org/0000-0001-8489-2568>

Ветшев Ф.П. — <https://orcid.org/0000-0001-6589-092X>

Орлов Ю.Н. — <https://orcid.org/0009-0000-7963-7458>

Автор, ответственный за переписку: Орлов Ю.Н. — e-mail: nathaniel-orlov@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Ветшев П.С., Ветшев Ф.П., Орлов Ю.Н. Диагноз: значение в клинической практике, виды, современные правила оформления. *Эндоскопическая хирургия*. 2024;30(1):5–11. <https://doi.org/10.17116/endoskop2024300115>

Diagnosis: significance in clinical practice, types, modern design rules

© P.S. VETSHEV¹, F.P. VETSHEV², YU.N. ORLOV¹

¹Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russia;

²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Objective. To provide essential information on contemporary approaches and relevant principles for diagnosing medical conditions, substantiating its significance in clinical practice.

Results. The fundamental importance of clinical diagnosis in the daily practice of healthcare professionals from any specialization is demonstrated. It is noted that the timeliness, adequacy, and personalized direction of treatment for individual patients, as well as the continuity of therapeutic measures and their overall effectiveness, largely depend on the accuracy and comprehensiveness of the formulated diagnosis. The structure of a modern diagnosis is presented, and definitions of its main sections or categories are provided, with typical shortcomings and errors encountered in the process of composing a clinical diagnosis being highlighted.

Conclusion. Knowledge of the fundamentals and current principles of diagnosis is indispensable for clinicians of any specialty, particularly for surgeons, due to the unique nature of their profession and the highest level of responsibility in decision-making.

Keywords: clinical diagnosis, clinical diagnosis categories, formatting rules, types of diagnoses.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Vetshev P.S. — <https://orcid.org/0000-0001-8489-2568>

Vetshev F.P. — <https://orcid.org/0000-0001-6589-092X>

Orlov Yu.N. — <https://orcid.org/0009-0000-7963-7458>

Corresponding author: Orlov Yu.N. — e-mail: nathaniel-orlov@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Vetshev PS, Vetshev FP, Orlov YuN. Diagnosis: significance in clinical practice, types, modern design rules. *Endoscopic Surgery = Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2024;30(1):5–11. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/endoskop2024300115>

Введение

Клинический диагноз — основа и отправная точка действий врача, независимо от его специальности, своеобразный интегральный показатель системного клинического мышления, результат и важнейший оценочный критерий квалификации специалиста и эффективности врачебной деятельности.

Постарение населения и высокая коморбидность современных пациентов, с одной стороны, а также осознанная профессиональным сообществом необходимость использования персонифицированного выбора лечебной тактики на основе междисциплинарного подхода — с другой, приводят к необходимости комплексного осмысления больного с учетом его индивидуальных особенностей и «букета» болезней с многообразием их клинических форм, стадий, степеней, рисков и т.п.

Реализовать такой подход в клинической практике бывает непросто, тем более без знания современных унифицированных требований к формированию и построению клинического диагноза.

Положение I: диагноз — основополагающий термин

Вероятно, не будет преувеличением утверждать, что термин «диагноз» является чаще всего употребляемым и универсальным понятием в медицинской среде. Он имеет ключевое значение в повседневной практике врача любой специальности, в том числе хирургов, принимающих на его основе чрезвычайно ответственные решения о показаниях и противопоказаниях к оперативному лечению, сроках выполнения операции, ее объеме, методе, используемой технологии и др.

Врачи разных специальностей должны общаться на одном языке, одинаково понимать суть заболевания, его особенности, осложнения и риск для пациента, однозначно оценивать вклад конкретного заболевания в общую коморбидность при наличии ряда болезней, а возможно, и их осложнений у одного больного.

От точности и полноценности сформулированного диагноза во многом зависят своевременность, адекватность и персонифицированная направленность лечения конкретного больного, преемственность лечебных мероприятий, а следовательно, и общая их эффективность.

Согласно пункту 5 ст. 70 Федерального закона (№323-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», именно лечащий врач устанавливает диагноз, который основан на всестороннем обследовании пациента и составлен с использованием медицинских терминов; он является медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе послужившим причиной смерти [1].

Экспертиза медицинской документации в последние годы свидетельствует, что многие современные врачи не в полной мере обладают навыками надлежащего оформления клинического диагноза с учетом требований и положений актуальных нормативных документов, считая, видимо, что название болезни и есть клинический диагноз, тем более что оно «приправлено» стадией или степенью. Но это далеко не так. Кроме того, изобилие клинических и методических рекомендаций различного уровня зачастую лишь дезориентирует врачей. Многие специалисты пользуются устаревшими рекомендациями, что приводит к ошибкам в оформлении диагноза [2].

Положение II: диагноз — изменчивое понятие

Первое упоминание термина «диагноз» (*греч.* διάγνωσις — распознавание) ученые-историки относят ко II веку до нашей эры и обычно связывают с созданием Александрийской школой врачей схемы обследования больного.

Слово «диагноз» стало употребляться в русском языке примерно в середине XIX века. Его хождение в лексике русских врачей подтверждается толкованием в весьма популярном в те годы Энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Эфрона, где находим: «диагноз — распознавание и определение болезни на основании заметных местных изменений, предполагаемых причин, а также особенно выдающихся явлений ее» [3].

В Толковом словаре живого Великорусского языка В.И. Даля, врача по образованию, дано определение термина «диагностика» — это распознавание болезней по припадкам и явлениям [3, 4]. Термином «диагностика» пользовались известные врачи, выдающиеся представители российской медицины — Г.А. Захарьин (1829—1897), С.П. Боткин (1832—1889) и многие другие, при этом заключению о состоянии больного придавали вид эпикриза, т.е. суждения. Следует отметить, что необходимость написа-

ния эпикриза как заключения о болезни или смерти больного была установлена еще во времена Петра I в 1754 г. («Инструкция, данная младшим госпитальным докторам генеральных госпиталей»). Исключая детали, можно полагать, что врачебная практика распознавания болезни человека шла от толкования выявленных знаков и симптомов, приписываемых тем либо иным страданиям, через написание эпикризов, в которых отражались суждения врачей о заболевании к оформлению собственного диагноза.

В начале XX века врачи оформляли диагноз в виде перечня болезней, которые перенес пациент начиная с детского возраста по настоящее время, а сам термин «диагноз» начинает фигурировать в нормативных документах [5].

Семантика понятия «диагноз» в течение многих десятилетий претерпевала изменения, неразрывно связанные с развитием естественных наук и прогрессом медицинских знаний.

Будучи ограниченными рамками журнальной статьи, опускаем несомненно интересный и поучительный исторический экскурс в изменчивость термина и кратко проследим семантическую эволюцию «диагноза» на нескольких примерах, один из которых приведен выше.

Итак, в Большой медицинской энциклопедии (1977) находим такое развернутое определение: «диагноз — медицинское заключение (выделено авторами статьи) о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причинах смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней» [6]. Отсюда главное: диагноз — это *краткое медицинское заключение*, составленное по определенным правилам, хотя словосочетание «патологическое состояние здоровья» не вполне корректно, так как включает стилистическую ошибку — сочетание слов с противоположным значением (своеобразный оксюморон).

Более полное и уточненное толкование обсуждаемого понятия представлено в более поздних изданиях медицинских терминов.

К примеру, диагноз — *краткое врачебное заключение* (выделено авторами статьи) о состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причинах смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояния после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемиологическом очаге [7].

В завершении приведем современное определение такого важного термина, как «заключительный клинический диагноз» — *это заключение лечащего вра-*

ча медицинской организации о заболеваниях (травмах, патологических процессах), по поводу которых оказывалась медицинская помощь, диагностируемых в конце эпизода оказания медицинской помощи, оформленное в виде диагноза с *соответствующими рубриками и в терминах* (выделено авторами), предусмотренных действующими классификациями, международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), нормативно-распорядительными документами [2, 8, 9]. Итак, это заключение лечащего врача, составленное по определенным правилам.

Установление диагноза — завершающий момент процесса диагностики на каком-либо его этапе или по окончании целенаправленного обследования больного. Отсюда основные виды диагноза: предварительный, клинический, заключительный клинический (более подробно этих видов диагноза коснемся ниже).

Положение III: рубрификация клинического диагноза имеет принципиальное значение

Рубрики диагноза — предусмотренные разделы клинического, патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагноза для записи основного заболевания, коморбидных заболеваний (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных — при наличии) и сопутствующих заболеваний.

Структурированный диагноз включает следующие рубрики:

Основное заболевание (только одно).

Конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевание (при наличии).

Осложнения основного заболевания (и коморбидных, если таковые имеются).

Сопутствующие заболевания.

Ниже приведем дефиниции отдельных рубрик диагноза.

Основное заболевание (травма, реже синдром) — это такое заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти [1, 8].

Важность этого понятия определена уже тем, что его толкование нашло отражение в Федеральном законе (№323-ФЗ) «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», из которого следует также и то, что основное заболевание может быть только одно, а значит, эра коморбидного основного заболевания подошла к завершению [1].

Важно отметить, что «основное заболевание» — это не застывшая форма диагноза и в ходе лечеб-

но-диагностического процесса может обоснованно меняться: на момент поступления основное заболевание — это то, которое установлено на этапе обращения за медицинской помощью и госпитализации, затем, по мере проведения диагностических и дифференциально-диагностических мероприятий, комплексного обследования больного, возможно мотивированное изменение основного заболевания, что и отражается (аргументируется) в этапном эпикризе.

Более строгие требования при определении основного заболевания в конце эпизода оказания медицинской помощи, к примеру при выписке в конце пребывания больного в стационаре. В этом случае в качестве основного определяется то заболевание (травма), по поводу которого в основном проводилось обследование и лечение больного, а при наличии более одного такого заболевания в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось большая часть использованных ресурсов [8].

В случае наступления летального исхода в рубрике «основное заболевание» указывают нозологическую форму, обладающую наибольшей вероятностью оказаться причиной смерти (ведущее значение в танатогенезе), более тяжелую по течению и характеру осложнений, которая потребовала больших экономических затрат и соответствовала профилю отделения (учреждения) [2, 10].

К *коморбидным заболеваниям*, как отмечено ранее, относят конкурирующее, сочетанное и фоновое заболевания при наличии таковых.

Конкурирующее заболевание — вид коморбидного заболевания, равноценная с основным заболеванием по тяжести течения нозологическая единица (заболевание или травма), потребовавшая оказания медицинской помощи в связи с меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент и которая самостоятельно может привести либо привела к смерти.

Сочетанное заболевание — вид коморбидного заболевания, нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдает пациент, которая отягощает течение основного заболевания и требует оказания медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевание в отдельности не вызывают или не могли вызвать летального исхода.

Фоновое заболевание — нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (нозологической единицы), отягощает его течение, требует оказания медицинской помощи и способствует возникновению общих осложнений, а в случае летального исхода — смертельного осложнения. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то заболевание, по по-

воду которого производилось медицинское мероприятие, ставшее причиной развития ятрогенного патологического процесса.

В разделе «коморбидные заболевания» не рекомендуется приводить более 2—3 нозологических единиц конкурирующих, сочетанных либо фоновых заболеваний [8, 10].

Сопутствующее заболевание — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не может стать причиной смерти. Вместе с тем, как показывает клиническая практика, именно в эту рубрику обычно включают все остальные заболевания, имеющиеся у больного, помимо основного заболевания, что представляется неверным.

Таким образом, рубрификация — своеобразная легитимная матрица, помогающая врачу грамотно сформулировать и структурировать клинический диагноз (разложить составляющие по «полочкам»), полноценно осмыслить тяжесть состояния и особенности больного, выработать обоснованную диагностическую и лечебную программу, меры профилактики и реабилитации.

Положение IV: никаких рубрик без надлежащего обоснования

Возвращаясь к основным современным правилам составления диагноза, в первую очередь подчеркнем, что клинический диагноз, особенно заключительный клинический диагноз, — не форма творческого самовыражения и полета клинической фантазии. Ведь некорректно сформулированный диагноз может негативным образом повлиять на эффективность лечения, нарушать медицинскую статистику, затруднять научные исследования и исказить их результаты. Кроме того, в клиническом диагнозе, оформленном согласно нормативным требованиям, содержатся важнейшие для врачей сведения — нозологическая форма, классификационные данные: стадия, степень, клиническая форма, тяжесть состояния, функциональные нарушения и другие уточняющие сведения.

Опытные специалисты хорошо представляют, как порой бывает нелегко «втиснуть» многообразие форм, клинических проявлений, нетипичных симптомов, переплетение коморбидных заболеваний и наслонившихся осложнений в «прокрустово ложе» нормативных документов, правил, протоколов, алгоритмов, компьютерных программ. Тем не менее делать это необходимо, привлекая в сложных клинических ситуациях мнение коллег и смежных специалистов, накопленный клинический опыт и врачебную интуицию.

В основе врачебных действий лежит клинический диагноз. В ходе его формирования следует обращаться к основным нормативным источникам — действующим клиническим рекомендациям, порядкам и правилам, актуальным классификациям, шкалам рисков и другим регламентирующим документам, при этом необходимо обсудить и прокомментировать все ключевые аспекты в соответствующем эпикризе или протоколе врачебного консилиума. Здесь важно подчеркнуть, что обязательность применения клинических рекомендаций определена решением Верховного суда РФ (решение №16-КГ23-23-К4). При этом клинические рекомендации являются основой критериев оценки качества оказания медицинской помощи, что определено приказом Минздрава России №203н от 10.05.17. Иными словами, государство предоставляет медикам разрешение врачевать в обмен на встречное обещание действовать в строгом соответствии с теми регламентами, которые установлены государством.

Все размышления и действия — только в «фарватере» требований закона [11].

К сожалению, ввиду отсутствия утвержденных клинических рекомендаций по ряду заболеваний нередко возникают недопонимание и путаница между врачами и лечебными учреждениями вследствие использования при трактовке диагноза нетрадиционных (малоизвестных, новых или устаревших) классификаций (например, классификации степени дисфагии, эзофагита при ГЭРБ, ГПОД и т.д.) и некорректных терминов. Нередко это является частным мнением врача, оформившего медицинское заключение, или своеобразной попыткой демонстрации некоего наукообразия.

При формулировании диагноза недопустимо использование медицинского жаргона, терминов, не получивших признания ВОЗ или не утвержденных в отечественных клинических рекомендациях, а также необщепринятых сокращений [12]. Нередко в практической деятельности приходится сталкиваться с медицинскими документами, содержащими знаки вопроса в сформулированном клиническом диагнозе, что является неприемлемым. К другим нередко встречающимся дефектам при оформлении заключительного клинического диагноза, в частности онкологического больного, можно отнести неточное указание рубрик и подрубрик МКБ-10, использование категории МХ, некорректное применение символов «с» и «р» перед TNM, N(sn) после анализа сторожевого лимфатического узла, отсутствие символов «ус» или «ур» после неoadьювантной терапии (химиотерапии или ЛТ) — нет оценки эффективности проведенного лечения.

Написанию эпикризов как обязательной составной части истории болезни важно уделять особое внимание. Именно в этом разделе истории болезни лечащий врач размещает суждение о состоянии больного и динамике развития заболевания, интерпретиру-

ет результаты диагностических исследований и оценивает эффективность лечебных мероприятий, размышляет над трудностями дифференциальной диагностики, обосновывает клинический диагноз (в том числе его рубрики), при необходимости мотивирует смену основного заболевания, определяет показания к операции либо поясняет отсутствие таковых, прогнозирует дальнейший ход лечебно-диагностического процесса.

Положение V: основные правила составления диагноза

Конструктивно клинический диагноз, заключительный клинический диагноз, как и патолого-анатомический, включает следующие рубрики:

Основное заболевание (только одно) с указанием кода МКБ-10, классификационных особенностей.

Конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевание (коморбидные болезни) — при наличии; коды по МКБ-10, классификационные особенности.

Осложнения основного (и коморбидного — при наличии) заболевания.

Сопутствующие заболевания

Хирургические операции указываются сразу за тем заболеванием (осложнением заболевания), по поводу которого они были выполнены, т.е. в тех же рубриках диагноза, избегая расхожего словосочетания «состояние после операции». При этом перечень реанимационных мероприятий и содержание интенсивной терапии размещают после рубрики «Осложнения основного заболевания», перед рубрикой «Сопутствующие заболевания» [2, 10].

Отдельно подчеркнем, что нерубрифицированный диагноз не может быть кодирован по МКБ-10 и использован для статистического анализа и расценивается как оформленный ненадлежащим образом с соответствующими выводами проверяющих экспертов. При этом среди важнейших критериев оценки качества оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара Минздравом России предписано рассматривать: установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (не позднее 2 ч с момента поступления пациента); формирование плана обследования и лечения с учетом этого предварительного диагноза с указанием показаний и метода (объема) хирургического вмешательства, предусмотренных стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями; установление клинического диагноза в течение 72 ч с момента планового поступления больного в профильное отделение и не позднее 24 ч при поступлении по экстренным показаниям; коррекция плана обследования и лечения с учетом клинического диа-

гноза; отсутствие расхождения заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов [13].

Более того, нерубрифицированный и неверно оформленный заключительный клинический диагноз не позволяет должным образом провести сопоставление с патолого-анатомическим диагнозом, что может стать причиной расхождения диагнозов II категории [8].

Заключение

Основополагающее значение клинического диагноза весьма сложно переоценить. Будучи правильно сформулированным и надлежащим образом рубрифицированным, клинический диагноз свидетельствует о целостном восприятии врачом больного, обеспечивает системный подход и обосновывает выбор оптимальной лечебно-диагностической программы, а также мер профилактики, служит основой преем-

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — П.С. Ветшев
Сбор и обработка материала — Ф.П. Ветшев,
Ю.Н. Орлов
Написание текста — П.С. Ветшев, Ф.П. Ветшев,
Ю.Н. Орлов
Редактирование — Ю.Н. Орлов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ственности врачей различных учреждений и специальностей, общающихся на одном профессиональном языке, владеющих единым понятийным аппаратом. Это главная — медицинская функция диагноза. При этом не следует забывать и о других важных ипостасях диагноза — социальной (экспертиза различных видов), статистической (контроль и анализ заболеваемости и смертности), экономической (нормативное регулирование здравоохранения), юридической (правовое регулирование).

Таким образом, владение знанием основ и актуальных правил составления клинического диагноза необходимо клиницисту любой специальности, особенно хирургам в силу уникальной специфики профессии и высочайшей ответственности в принятии решения.

Авторы надеются, что материалы статьи окажутся полезными уважаемым коллегам в их повседневной клинической практике, хотя настоящая работа не претендует на всеобъемлющий характер изложения и истину в последней инстанции.

Participation of authors:

Concept and design of the study — P.S. Vetshev
Data collection and processing — F.P. Vetshev,
Yu.N. Orlov
Text writing — P.S. Vetshev, F.P. Vetshev,
Yu.N. Orlov
Editing — Yu.N. Orlov

The authors declare no conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*. Ссылка активна на 04.09.23.
Federal'nyi zakon ot 21 noyabrya 2011 g. №323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii». Ssylka aktivna na 04.09.23. (In Russ.).
<https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>
2. Верткин А.Л., Зайратьян О.В. *«Его Величество Диагноз: диалог терапевта и патологоанатома»*. Основа основ (выпуск 1). М. 2020.
Vertkin AL, Zairat'yan OV. *«Ego Velichestvo Diagnost: dialog terapevta i patologoanatora»*. Osnova osnov (vyppusk 1). M. 2020. (In Russ.).
3. *Энциклопедический словарь Брокгауз и Эфрон*. СПб.: Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон»; 1890—1907;82.
Entsiklopedicheskii slovar' Brokgauz i Efron. SPb.: F.A. Brokgauz, I.A. Efron; 1890—1907;82. (In Russ.).
4. Даль В.И. *Толковый словарь живого великорусского языка*. 1863;4.
Dal' VI. *Tolkovyi slovar' zhivogo velikorusskogo yazyka*. 1863;4. (In Russ.).
5. *Приказ МЗ СССР от 03.01.1952, №4 «Инструкция по сличению клинических и патологоанатомических диагнозов»*. Ссылка активна на 04.09.23.
Prikaz MZ SSSR ot 03.01.1952, №4 «Instruktsiya po slicheniyu klinicheskikh i patologoanatomicheskikh diagnozov». Ssylka aktivna na 04.09.23. (In Russ.).
<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=64350>
6. *Большая медицинская энциклопедия*. М.: Советская энциклопедия. 1977;7:705.
Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya. M.: Sovetskaya entsiklopediya. 1977;7:705. (In Russ.).
7. *Энциклопедический словарь медицинских терминов*. Под ред. акад. Покровского В.И. М.: Медицина; 2001.
Entsiklopedicheskii slovar' meditsinskikh terminov. Pod red. akad. Pokrovskogo V.I. M.: Meditsina; 2001. (In Russ.).
8. *Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов*. МЗ РФ, 2019 (MP 109.pdf).
Metodicheskie rekomendatsii po sopostavleniyu zaklyuchitel'nogo klinicheskogo i patologoanatomicheskogo/sudebno-meditsinskogo diagnozov. MZ RF, 2019 (MR 109.pdf). (In Russ.).
9. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем*. Десятый пересмотр. Официальное русскоязычное издание. В 3 т. ВОЗ. Женева: ВОЗ; 1995.
Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em. Desyatyi peresmotr. Ofitsial'noe russkoyazychnoe izdanie. V 3 t. VOZ. Zheneva: VOZ; 1995. (In Russ.).

10. *Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов».* Под ред. Франка Г.А., Заират'янтса О.В., Малькова П.Г., Кактурского Л.В. М.: Практическая медицина; 2016.
Formulirovka patologoanatomicheskogo diagnoza. Klinicheskie rekomendatsii. Seriya «Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva patologoanatomov». Pod red. Franka G.A., Zairat'yantsa O.V., Mal'kova P.G., Kakturskogo L.V. M.: Prakticheskaya meditsina; 2016. (In Russ.).
11. Зубков Д.С. Двенадцать юридических заповедей российского хирурга. *Амбулаторная хирургия.* 2023;20(1):8-11.
Zubkov DS. Twelve legal commandments for Russian surgeons. *Ambulatornaya khirurgiya.* 2023;20(1):8-11. (In Russ.).
12. Ветшев П.С., Ветшев С.П. «О языке и стиле научной работы. Заметки из практики». *Анналы хирургической гепатологии.* 2020;25(4):136-143.
Vetshev PS, Vetshev SP. On language and style of scientific work. Notes from practice. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii.* 2020;25(4):136-143. (In Russ.).
<https://doi.org/10.16931/1995-5464.20204136-143>
13. *Приказ МЗ РФ №203н, от 10.05.2017 «Об утверждении критериев оценки качества».* Ссылка активна на 04.09.23.
Prikaz MZ RF №203n, ot 10.05.2017 «Ob utverzhdenii kriteriev otsenki kachestva». Ssylka aktivna na 04.09.23. (In Russ.).
<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/>

Поступила 07.09.2023

Received 07.09.2023

Принята к печати 18.09.2023

Accepted 18.09.2023