



# **Klinické informace ke kódování diagnóz v systému CZ-DRG**

## **IX. kapitola (I00–I99)**

*Datum zveřejnění: 31.10.2022*

*Klinické informace jsou doplňkem k Pravidlům kódování a vykazování diagnóz v systému CZ-DRG.*

*Autoři: Pracovní skupina pro pravidla kódování stavů a diagnóz v akutní lůžkové péči v rámci projektu DRG Restart pod vedením MUDr. Miroslava Zvolského*

*Tento materiál vznikl původně v rámci vývoje Kodérského manuálu (KM). Práce na KM započaly v roce 2016 v rámci projektu DRG Restart. Hlavním cílem KM bylo usnadnit práci kodérům v nemocnicích a nastavit pravidla tak, aby v celé ČR bylo kódování diagnóz jednotné. V průběhu času se KM přirozeně rozdělil na tři části:*

- 1. pravidla kódování a vykazování diagnóz v systému CZ-DRG, která jsou vlastní metodikou vykazování a jsou v ročních intervalech aktualizována,*
- 2. klinické informace ke kódování diagnóz v systému CZ-DRG, které metodiku doplňují o klinický kontext, usnadňující kodérům-nelékařům orientaci ve zdravotní dokumentaci,*
- 3. sborník příkladů, který je aplikací pravidel kódování diagnóz na komplexních kazuistikách a slouží kodérům k procvičování a ujasňování metodiky.*

*Klinické informace v této podobě byly finalizovány v rámci Pracovní skupiny pro pravidla kódování stavů a diagnóz v akutní lůžkové péči a budou v budoucnu dále aktualizovány a doplňovány dle vývoje klinické terminologie a dle potřeb kódování .*



## Obsah

1. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I00-I02 – AKUTNÍ REVMATICKÁ HOREČKA .....	3
2. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I05-I09 – CHRONICKÉ REVMATICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ.....	3
3. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I10-I15 – HYPERTENZNÍ NEMOCI.....	3
4. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I20-I25 – ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ .....	4
5. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I26-I28 – KARDIOPULMONÁLNÍ NEMOC A NEMOCI PLICNÍHO OBĚHU .....	6
6. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I30-I32 – ZÁNĚT PERIKARDU.....	6
7. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I33.X – AKUTNÍ A SUBAKUTNÍ ENDOKARDITIDA ..	7
8. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I34-I39 – ONEMOCNĚNÍ CHLOPNÍ.....	7
9. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I40-I41 – ZÁNĚT MYOKARDU .....	7
10. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I42-I43 – KARDIOMYOPATIE.....	8
11. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I44-I49 – SRDEČNÍ ARYTMIE .....	8
12. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I50 – SELHÁNÍ SRDCE .....	10
13. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I60-I64 – CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY .....	10
14. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I65-I66 – UZÁVĚR (OKLUZE) A ZÚŽENÍ (STENÓZA) PŘÍVODNÝCH MOZKOVÝCH TEPEN .....	11
15. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I69 – NÁSLEDKY CÉVNÍCH NEMOCÍ MOZKU .....	11
16. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I70 – ATEROSKLERÓZA.....	11
17. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I71 – VÝDUŤ AORTY [ANEURYSMA AORTAE] A DISEKCE, I72 – JINÉ VÝDUTĚ (ANEURYZMATA) A DISEKCE .....	12
18. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽKÁM I80-I89 – NEMOCI ŽIL, MÍZNÍCH CÉV A MÍZNÍCH UZLIN NEZAŘAZENÉ JINDE .....	12
19. KLINICKÉ INFORMACE K POLOŽCE I95 – HYPOTENZE .....	13
20. PŘEHLED VYKAZOVÁNÍ CHLOPENNÍCH POSTIŽENÍ .....	13



## 1. Klinické informace k položkám I00-I02 – Akutní revmatická horečka

Revmatická horečka je dnes již poměrně vzácné systémové onemocnění, které může mít rozmanitý klinický průběh, a proto při jejím kódování využíváme různých kódů MKN-10 v závislosti na konkrétních projevech. Kód **I00** použijeme pro revmatickou horečku (zde ve významu onemocnění celého lidského organismu), tedy revmatické postižení kloubů (akutní nebo subakutní) a případně dalších tkání (CNS, kůže, svaly atd..) – **bez revmatického postižení srdce a velkých cév**. U dominujícího revmatického onemocnění kloubů, případně CNS, a to bez postižení srdce, kódujeme tyto stavy příslušnými položkami z jiných kapitol MKN-10.

Užívání kódů **I01.x** je přednostně určeno pro **kardiovaskulární projevy akutní revmatické horečky**.

Kódy **I02.x** jsou vyhrazeny pro kódování revmatické chorey (tj. mimovolné krátké a rychlé pohyby končetin nebo záškuby ve tváři atd.), která svědčí pro revmatické postižení CNS. Postižení srdce zde představuje minoritní klinický problém.

## 2. Klinické informace k položkám I05-I09 – Chronické revmatické choroby srdeční

Tyto kódy jsou vyhrazeny pro **chronická chlopenní postižení revmatické etiologie**. Etiologická souvislost s proběhlou revmatickou horečkou u těchto stavů je buď prokázána, nebo je alespoň vysoce pravděpodobná, a lze ji vyvozovat z anamnestických údajů, případně z charakteristických morfologických znaků revmatického procesu, které takto lékař uvedl v klinické dokumentaci.

Kódy **I05.x**, **I06.x** a **I07.x** užíváme pro revmatické vady mitrální, aortální a trikuspidální chlopně. Revmatické postižení pulmonální chlopně kódujeme položkou **I09.8**.

Kódy **I08.x** používáme pro revmatické postižení více chlopní současně. Tyto kódy reflektují skutečnost, že revmatický zánětlivý proces může současně postihovat více chlopní najednou.

Chlopenní poruchy málo významné, případně stopové, které obvykle představují náhodné (klinicky neřešené) diagnostické nálezy, může lékař uvést v klinické dokumentaci, ale obvykle nevyžadují žádnou změnu diagnostických a terapeutických postupů, a proto se nevykazují.

## 3. Klinické informace k položkám I10-I15 – Hypertenzní nemoci

Kód **I10** používáme pro obecné konstatování přítomnosti zvýšeného krevního tlaku primární etiologie (tedy esenciální, multifaktoriální nebo z neznámé příčiny). Pokud se v klinickém popisu objeví informace o sekundární etiologii hypertenze, volíme příslušný kód ze skupiny **I15.x**.

Kódy ze skupiny **I11.x**, **I12.x** a **I13.x** užíváme v situacích, kdy je v popředí klinického nálezu postižení srdce a/nebo ledvin (v obecné rovině, bez bližšího specifičtějšího určení, o jaké postižení se jedná) a přitom existuje určitá **příčinná souvislost** s hypertenzí, která je takto popsána lékařem v klinické dokumentaci. Kauzální vztah nemůže být pouze předpokládán kódem při současném výskytu hypertenze a postižení srdce a/nebo ledvin. Pokud mezi onemocněním srdce a hypertenzí není kauzální vztah lékařem popsán, použijeme pro **každý stav příslušný samostatný kód**.

Velmi specifické je užívání kódů, ve kterých je uvedeno **selhání srdce a/nebo ledvin** v důsledku hypertenze. I v takové situaci platí výše uvedené o kauzální souvislosti popsané lékařem a postupu kódéra.



## 4. Klinické informace k položkám I20-I25 – Ischemické choroby srdeční

### a. Obecně

MKN-10 rozlišuje **akutní** ischemické srdeční projevy (kódy **I20.x-I24.x**), ale některé zde uvedené stavy spíše definují chronický nebo stabilizovaný stav. Příkladem jsou kódy I20.8 Stabilní angina, nebo I20.9 Anginózní syndrom. Pokud je během hospitalizace poskytována péče pro akutní projevy ICHS, tak přednostně užíváme kódy I20.x – I24.x.

Kódy ze skupiny **I25.x** užíváme u **chronické ischemie myokardu**. Obecně lze za chronické, případně stabilizované stavy považovat klinické projevy ICHS v trvání delším než 28 dnů od jejich vzniku.

**Projevy ischemie myokardu** představují klinicky velmi různorodou skupinu onemocnění a ve vývoji klinického stavu pacienta během jedné hospitalizace mohou tyto stavy do sebe vzájemně přecházet. V takovém případě kódujeme **nejzávažnější klinický stav**.

### b. I20.x – Angina pectoris

Společnou charakteristikou těchto stavů je **ischemický koronární původ** obtíží, který ale ještě **nevede k nekróze myokardu**, tj. k infarktu myokardu. Pro stavy, které lékař popíše jako neischemické, tedy nejsou anginózní povahy, užíváme kódy pro bolesti na hrudi nebo další specifické kódy dle etiologie potíží.



### c. I21-I22 – Infarkt myokardu

V běžné klinické praxi je termín akutní infarkt myokardu (AIM) používán v poněkud jiném významu, než jak jej definují tyto položky MKN-10. AIM považujeme za akutní do 28. dne od jeho vzniku. Stejným kódem tedy označujeme i infarkty, které lékař označí termínem „subakutní“ IM. V tomto časovém intervalu se mohou ještě infarktové potíže u pacientů znovu objevit – a pro vykázaní je zcela zásadní, zda jsou popsány lékařem jako příznaky již probíhajícího IM (kód I21.x), nebo se jedná o další a tedy novou koronární příhodu, tj. „nový“ AIM. Pro takový stav je odpovídajícím klinickým termínem „reinfarkt“ a pro jeho vykázaní užíváme kód I22.x. Vznikem reinfarktu opět začíná 28denní interval, během kterého mluvíme o akutní fázi IM.

Na rozdíl od znění MKN-10 je za rekurentní infarkt myokardu považováno opakování nové koronární příhody po uplynutí 28 dnů od předchozího AIM a pro tento stav užíváme opět kód I21.x.

Po 28 dnech od začátku AIM, reinfarktu, nebo rekurentního infarktu se již nejedná o akutní projev ICHS a v takové situaci užíváme kód I25.8

V běžné klinické praxi se používá **rozdělení infarktů myokardu na typy**.

- **IM 1. typu** odpovídá klasickému AIM způsobenému zúžením věnčitých tepen, pro který užíváme kódy I21.x a I22.x.

- **IM 2. typu** je laboratorně prokázána nekróza myokardu v důsledku nerovnováhy mezi zásobením a potřebou kyslíku v myokardu, která není přímým důsledkem aterosklerotických zúžení ve věnčitých tepnách. Příčiny takové nekrózy myokardu mohou být velmi rozdílné, nejčastěji se může jednat o tachyarytmii, těžkou hypertenzi, hypotenzi, těžkou anémií nebo respirační selhání. Obvykle tyto stavy také vykazujeme, jelikož si vyžádaly další léčebné postupy. Pro AIM 2. typu užíváme kód I24.8, který zahrnuje také pojem „Koronární insuficience“. V těchto případech obvykle nejsou nutné urgentní katetrizační intervence.

- **IM 3. typu** je náhlá srdeční smrt v důsledku pravděpodobného IM. Pro tento stav užíváme kód I46.1. Pokud se během zdravotní pitvy prokáže AIM jako příčina úmrtí (trombus ve věnčité tepně), pak se tento typ AIM překlasičuje na AIM 1. typu.

- **IM 4. a 5. typu** lze hodnotit jako komplikaci koronární intervence (PCI) nebo revaskularizační operace (CABG) – kritériem je pětinasobný (PCI) a desetinásobný (CABG) vzestup srdečních troponinů. Obvykle je použit kód samotného důvodu PCI nebo CABG (I20.x až I25.x). Pro AIM 4. a 5. typu užíváme samostatný kód, jen pokud si tento stav vyžádá nějakou další zdravotní péči. Kódy I21.x a I22.x používáme přednostně před kódem „komplikace po výkonu“ T82.8, který neobsahuje specifickou informaci o nekrotickém poškození myokardu (AIM). Ke kódu AIM doplníme dodatkový kód Y84.0 nebo Y83.2 pro doplnění souvislosti s výkonem.

### d. I23.x – Některé komplikace následující akutní infarkt myokardu

V systému CZ-DRG má termín „komplikace“ svůj vlastní specifický význam a v této položce MKN-10 je tento termín použit v poněkud jiném významu. Lze usuzovat, že spíše než o komplikace se zde **jedná o „stavy“ následující (vyskytující se) po akutním infarktu myokardu**. Užíváme je pro zaznamenání zvýšené potřeby další diagnostické a léčebné péče nad rámec, který si vyžádal samotný AIM. Časový odstup od AIM není jednoznačně stanoven, ale lze usuzovat, že tyto stavy vznikají spíše v akutní fázi AIM (tedy do 28. dne).

Kódy I23.x nelze použít pro označení stavů, pokud nejsou lékařem popsány jako stavy následující po AIM. Pro stavy se stejným nebo podobným označením (hemoperikard, ruptura chordae tendineae apod.) užíváme příslušný kód ze skupiny I31.x, nebo I51.x, případně kódy z jiných kapitol MKN-10.



### e. I25.x – Chronická ischemická choroba srdeční

Kódy **I25.x** užíváme pro **všechny formy chronické ICHS**. Některé chronické formy ICHS jsou popsány přesněji (**I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6**) a jejich používání je ve shodě s klinickými výrazy použitými lékařem ve zdravotnické dokumentaci. Ostatní položky kódů I25.x již tak přesně definovány nejsou. I přesto lze doporučit:

- Kód **I25.1** užíváme pro **prokázanou aterosklerózu věnčitých tepen**, která ale nevyvolává anginózní potíže (v případě anginózních potíží použijeme kód I20.x), ani nevede k nekróze myokardu (kódy I21.x, I22.x a I24.8). Velmi podobným je kód **I25.0**. Hranici mezi užíváním kódů I25.0 a I25.1 nelze jednoznačně určit. Kódy by měly být použity ve shodě s klinickými zápisy.

- Kód **I25.8** užíváme pro všechny ostatní přesně určené a popsané formy chronické ICHS (jiné než uvedené ostatními kódy skupiny I25.x), které mají délku trvání více než 28 dnů od svého vzniku.

## 5. Klinické informace k položkám I26-I28 – Kardiopulmonální nemoc a nemoci plicního oběhu

Položka **I26.x** rozlišuje plicní embolii podle přítomnosti **akutního cor pulmonale**. Jedná se o **akutní přetížení pravé srdeční komory** způsobené významnou obstrukcí v arteria pulmonalis a jejích větvích. Plicní embolie je nejčastější příčinou akutního cor pulmonale.

**Chronické cor pulmonale** uvedené pod kódem **I27.9** jsou chronické změny popsané na pravém srdci, způsobené neakutním postižením funkčního plicního oběhu. Pokud jsou ze stejných důvodů již přítomny projevy pravostranného srdečního selhání, tak použijeme kód I50.0.

## 6. Klinické informace k položkám I30-I32 – Zánět perikardu

Zvýšenou pozornost je nezbytné věnovat kódování **revmatické perikarditidy**, u které lze použít kód **I01.0**, pokud klinicky převažuje akutní postižení srdce, ale také kombinaci kódů **I32.8\*** a **M05.3+**, pokud dominuje revmatická (revmatoidní) artritida a současně je přítomna revmatická perikarditida.



## 7. Klinické informace k položce I33.x – Akutní a subakutní endokarditida

**Infekční endokarditida (IE)** je velmi závažné onemocnění s nepříznivou prognózou. Rozdělení na průběh „akutní“ a „subakutní“ se v současné době používá jen výjimečně, protože IE je spíše onemocněním probíhajícím akutně, případně v opakovaných akutních vzplanutích.

Pokud lékař v dokumentaci uvede, že je zánětem současně postižen i myokard (myoendokarditida), případně také perikard (periendokarditida), užíváme přednostně kód **I33.x**. Vždy v těchto situacích musí klinicky dominovat **postižení endokardu**, jinak volíme příslušné kódy z jiných položek (I30.x, I40.x).

Analogií IE nativních chlopní jsou infekční komplikace chlopnenních náhrad, případně implantovaných pomůcek, jako jsou například elektrody přístrojů.

## 8. Klinické informace k položkám I34-I39 – Onemocnění chlopní

V současné době je degenerativní postižení chlopní (I34.x-I37.x) podstatně častější, než revmatické chlopnenní vady (kódy I05.x-I09.x).

Chlopnenní poruchy málo významné, případně stopové, které obvykle představují náhodné (klinicky neřešené) diagnostické nálezy, může lékař uvést v klinické dokumentaci, ale obvykle nevyžadují žádnou změnu diagnostických a terapeutických postupů, a proto se nevykazují.

Pro vrozené poruchy chlopní užíváme kódy Q22.x a Q23.x a pro vrozenou subaortální stenózu kód Q24.4.

Kód **I38** použijeme jednak v případě lékařského popisu blíže neurčeného **chronického nerevmatického postižení** některé srdeční chlopně nebo při **vícenásobném chronickém postižení chlopní**. Pokud je klinicky dominujícím stavem postižení jedné z chlopní, užitíme příslušný kód I34.x až I37.x).

## 9. Klinické informace k položkám I40-I41 – Zánět myokardu

**Akutní zánět srdečního svalu** je nejčastěji infekční etiologie (zejména virové, případně bakteriální nebo jiné). Pro tyto stavy používáme kód **I40.0** společně s dodatkovým kódem infekčního agens (B95-B97).

Pokud lékař v dokumentaci uvede dominující zánětlivé postižení srdeční svaloviny, užíváme pro tento stav kód **I40.1**. V běžné klinické praxi se častěji setkáváme se současným postižením myokardu a také okolních struktur, kdy lékaři stav popisují jako myoendokarditida, myoperikarditida, pankarditida atd. Kódování těchto stavů vždy musí respektovat **dominující oblast postižení**. V situacích, kdy dominuje postižení perikardu, použijeme kódy ze skupiny **I30.x**. V případě dominujícího akutního zánětu endokardu užíváme kód **I33.x**.

Zvýšenou pozornost je nezbytné věnovat kódování **revmatické myokarditidy**, u které lze použít kód **I01.2**, pokud klinicky převažuje akutní postižení srdce, ale také kombinací kódů I41.8\* a M05.3+, pokud dominuje revmatická (revmatoidní) artritida současně s myokarditidou.



## 10. Klinické informace k položkám I42-I43 – Kardiomyopatie

**Kardiomyopatie** (dále KMP) představují nehomogenní skupinu onemocnění, u kterých je dominantním rysem postižení myokardu, které vede ke zhoršení systolické a/nebo diastolické funkce srdce. Zhoršení kontraktility je obvykle spíše mírnějšího stupně, protože při závažnějších stupních kardiální dysfunkce je již obvykle lékařem konstatováno srdeční selhání. Současné vykazování kódů srdečního selhání a kardiomyopatie je podmíněno splněním obecných pravidel 3.1 a 3.2. Platí, že vykazujeme druhý stav, pouze pokud poskytujeme nějakou další specifickou péči, kterou si nevyžádala už péče o první ze stavů.

Popis jednotlivých forem KMP vychází buď z morfologického nálezu bez souvislosti s vyvolávající příčinou, nebo ze zohlednění příčiny, která ke KMP vedla. U **dilatační** (nebo také dilatované) KMP je přítomné zvětšení srdečních oddílů, zejména levé komory a porucha její funkce. Příčiny mohou být různé, nejčastěji to jsou jiná onemocnění srdce. U **hypertrofické** KMP je přítomné ztlustění stěny levé komory bez její dilatace. Specifickou KMP je **obstrukční hypertrofická** KMP, u které je hypertrofie mezikomorového septa, která způsobuje ztížení proudění krve z levé komory při normálním nálezu na aortální chlopni.

Ostatní formy KMP jsou vzácnější a uplatňují se zde různé genetické a metabolické příčiny (jiná onemocnění), které vedou k hromadění specifických látek v myokardu, čímž dochází ke zhoršení funkce levé komory. Označujeme je jako **restriktivní** KMP (někdy také strádavé KMP). U některých výše uvedených KMP je v popředí vyšší **arytmogenní** potenciál, to znamená, že se tyto změny v myokardu projevují častějším výskytem závažných srdečních arytmií. Obvyklou příčinou jsou genetické dispozice. Označovány jsou také jako non-kompaktní KMP, nebo tako-tsubo KMP. Pro tyto KMP užíváme obvykle kód **I42.8** Jiné kardiomyopatie.

## 11. Klinické informace k položkám I44-I49 – Srdeční arytmie

### a. Obecně

Arytmie představují velmi různorodou skupinu klinických stavů od těch nejzávažnějších, jako jsou fibrilace komor nebo náhlá srdeční (arytmická) smrt, až po stavy klinicky bezvýznamné. V souladu s obecnými pravidly 3.1 a 3.2 nevykazujeme stavy, které se objevily pouze v popisu EKG, ale už pro ně nebyla poskytnuta žádná další zdravotní péče. Mezi takové stavy patří např. AV blokády 1. a někdy i 2. stupně, izolované ramínkové blokády, případně krátce trvající paroxysmální stavy s pouze mírně urychlenou srdeční frekvencí, např. paroxysmální SV arytmie, extrasystoly apod.

*Komentář ke klinické informaci: Při vyhledávání kódů arytmiických stavů v příslušných položkách MKN-10 je nezbytné si uvědomit, že podobné arytmiické stavy jsou zařazené v různých položkách, a navíc jsou vedle sebe zařazeny kódy pro nejzávažnější stavy a pro klinicky bezvýznamné stavy.*





## b. Klinické informace k položce I46 – Srdeční zástava

Kód **I46.1** Náhlá srdeční smrt má význam pouze pro vykázání mortality, zejména pokud k srdeční zástavě dojde mimo zdravotnické zařízení, bez svědků a bez náležitého poskytnutí první pomoci. Při poskytování hospitalizační péče je kód zařazen mezi **nepřípustné HDG**.

Klinický výraz „srdeční zástava“ užíváme **při vykázání morbidity**. Kódem **I46.0** Srdeční zástava s úspěšnou resuscitací zaznamenáme úspěšnou kardiopulmonální resuscitaci. Kód **I46.9** Srdeční zástava NS vykazujeme při neúspěšně provedené resuscitaci s následkem úmrtí pacienta. Pokud se u komplikovaného pacienta objeví srdeční zástava opakovaně a nejdřív je úspěšná a až potom neúspěšná, lze v takové situaci vykázat oba kódy. Vykazování kódů srdeční zástavy by mělo přednostně popisovat resuscitační úsilí zdravotníků a nejenom samotný záznam srdeční zástavy na monitoru EKG, který lze považovat za pouhé konstatování tohoto stavu bez vynaložení patřičné zdravotní péče.

Kód I46.0 lze vykazovat na pozici HDG, ale vzhledem k extrémně krátkému času, během kterého zástava vznikne a přetrvává, musí být splněno pravidlo pro vykazování HDG, že právě tento stav (a žádný jiný zjištěný stav) odpovídá za potřebu hospitalizace. Výjimečně se může jednat i o stav odeznělý před samotným přijetím k hospitalizaci, pokud okolnosti nedovolují objasnit skutečnou patofyziologickou příčinu srdeční zástavy, kterou bychom vykázali specifickým kódem a pro kterou jsme poskytovali převážný objem zdravotní péče.

*Komentář ke klinické informaci: K zmíněným položkám pro srdeční zástavu svým významem můžeme řadit také kódy z dalších kapitol MKN-10: XV. (O95-O97 – Smrt matky...), XVI. (P95 „Smrt plodu z neurčené příčiny“) a XVIII. (R95-R99 „Nepřesně určené a nepřesně známé příčiny smrti“).*



## 12. Klinické informace k položce I50 – Selhání srdce

MKN-10 užívá termín „selhání srdce“ jako synonymum k výrazům „srdeční selhávání“, „srdeční insuficience“, „srdeční slabost“, „srdeční nedostatečnost“ apod. Obvykle představuje terminální stav různých srdečních onemocnění (hypertenze, zánětu, arytmie, infarktu, poškození chlopně atd.). Tato onemocnění, která vedla ke vzniku srdečního selhání, vykazujeme příslušnými kódy, pouze pokud jsou během hospitalizačního případu řešena poskytnutím ještě další zdravotní péče, která není cílená na samotné srdeční selhání.

V praxi se často setkáváme s akutním selháním srdce nebo ještě častěji s akutním zhoršením již diagnostikovaného srdečního selhání. Kapitola IX. MKN-10 nedisponuje kódy pro rozlišení těchto stavů od stavů chronických. Proto byly do klasifikace MKN-10 zařazeny **dotankové kódy pro bližší určení stavu srdečního selhání U58.x**.

Pro plicní edém, jako projev levostranného srdečního selhání, užíváme kód **I50.1 Selhání levé komory**.

Diagnostikovaný syndrom sníženého minutového výdeje není dostačujícím důvodem pro vykazání kódů srdečního selhání.

Velmi specifické je užívání kódů, ve kterých je uvedeno **selhání srdce** v důsledku hypertenze (položka Hypertenzní nemoci I10-I15). Tyto užíváme, jenom pokud je lékařem uvedena **příčinná souvislost** selhání srdce s hypertenzí. Kauzální vztah nemůže být pouze předpokládán kódem při současném výskytu hypertenze a selhání srdce a/nebo ledvin. Pokud mezi onemocněním srdce a hypertenzí není kauzální vztah lékařem popsán, použijeme pro **každý stav příslušný samostatný kód**.

*Komentář ke klinické informaci: MKN-10 užívá termín „plegie“ jako synonymum k výrazům „paréza“, „paralýza“, „obrna“ apod. V běžné klinické praxi se tato neurologická postižení od sebe liší, ale terminologie MKN-10 neobsahuje dostatečnou specifičnost pro tyto stavy.*

## 13. Klinické informace k položkám I60-I64 – Cévní mozkové příhody

Cévní onemocnění mozku jsou obvykle závažné klinické stavy, pro které jsou pacienti hospitalizováni relativně velmi často. Při jejich vykazování je nezbytné si uvědomit několik důležitých okolností:

**Cévní mozková příhoda** (dále CMP) může být způsobena krvácením do CNS (kódy I60-I62), nebo ischemií při uzávěru artérie, tedy infarktem mozku (I63). Přírodní mozkové tepny jsou tepny krku (a.carotis, a.vertebralis), které jsou lokalizovány mimo lebeční dutinu. Pokud nemáme k dispozici výsledek zobrazovací metody a nelze se vyjádřit k charakteru CMP, tak užíváme kód I64. Vzhledem k dobré dostupnosti diagnostických metod by tento kód měl být vykazován pouze výjimečně. Pokud ošetřující lékař konstatuje přítomnost **TIA (tranzitorní ischemické ataky)**, uijeme kód G45.x Přechodné mozkové ischemické záchvaty a příbuzné syndromy.

Ke kódům CMP vykazujeme i kódy pro klinické projevy CMP z VI. kapitoly MKN-10 pro paralytické syndromy (G81.x Hemiplegie, G82.x Paraplegie a tetraplegie, G83.x Jiné paralytické syndromy), případně kódy dalších postižení (porucha řeči, chůze, zraku, citlivosti apod.) z jiných kapitol MKN-10, je-li splněno obecné pravidlo 3.2. Tyto kódy vykazujeme i po uplynutí 28 dnů od začátku CMP, pokud pro tyto stavy poskytujeme péči.



## 14. Klinické informace k položkám I65-I66 – Uzávěr (okluze) a zúžení (stenóza) přívodných mozkových tepen

Popis těchto kódů jednoznačně determinuje jejich využití pro stavy nekončící mozkovým infarktem. Poskytovaná péče je cílena na řešení uzávěru nebo stenózy mozkových tepen nebo přívodných mozkových tepen.

Vykázání kódů I65-I66 současně s kódy pro CMP je možné jen ve specifických klinických případech:

- a) pacient s CMP má současně diagnostikovanou významnou okluzi/stenózu přívodné mozkové tepny, která sice není příčinou CMP, ale vzhledem k okolnostem je k jejímu řešení přistoupeno v jedné době s léčbou CMP,
- b) pacient prodělá CMP v návaznosti na řešení okluze/stenózy přívodné mozkové tepny, CMP je tedy komplikací této péče.

## 15. Klinické informace k položce I69 – Následky cévních nemocí mozku

Z klinického hlediska lze považovat následky cévních nemocí mozku za reziduální stavy, jejichž akutní fáze proběhly v minulosti. Aktuálně jsou přítomny chorobné změny, které s cévními nemocemi mozku kauzálně souvisí, ale nyní již tyto reziduální stavy nevyžadují žádné diagnostické ani léčebné postupy zaměřené na řešení akutního stavu cévní mozkové poruchy.

Termín „následky“ v MKN-10 vyjadřuje pouze výše uvedenou kauzální souvislost a blíže necharakterizuje a nepopisuje tyto reziduální stavy. Pokud je na tyto stavy zaměřena specifická péče, tak přednostně vykazujeme jednotlivé kódy nemocí, stavů, příznaků, obtíží atd. – tedy samotnou podstatu (náplň, obsah) reziduálních stavů, také označovanou termínem „povaha následků“. Kódy pro „následky“ vykazujeme jako dodatkové kódy pouze současně se specifickými kódy pro samotný obsah, tedy „povahu“ těchto reziduálních stavů.

Následky mozkových cévních nemocí se projevují mimo samotný mozek, proto také kódem I69.x nevykazujeme chronické cévní nemoci mozku, pro které jsou vymezeny kódy I60-I67.

Pro následky cévních nemocí mozku není určen časový interval od začátku samotného příčinného stavu (viz pravidlo 2.3.3.3).

## 16. Klinické informace k položce I70 – Ateroskleróza

Termín „ateroskleróza“ vystihuje spíše patofyziologické okolnosti a jeho klinické využití je poměrně omezené. Aterosklerotické postižení tepny je zpravidla příčinou nějakého postižení orgánu, případně orgánového systému. Pro potřeby kódování doporučujeme využít kód tohoto orgánového postižení. Kód pro aterosklerotické postižení použijeme pouze v případě, kdy je poskytnutá péče cílena na samotný aterosklerotický proces.

Pro ischemické postižené tepen dolních končetin není k dispozici kód z jiných položek MKN-10, a proto používáme kód **I70.2** Ateroskleróza končetinových tepen s rozlišením, zda již došlo ke vzniku ischemické gangrény nebo ne.



## 17. Klinické informace k položkám I71 – Výdut' aorty [aneurysma aortae] a disekce, I72 – Jiné výdutě (aneuryzmata) a disekce

Aneurysma (výdut') je ohraničené rozšíření tepny obvykle způsobené poruchou pevnosti tepenné stěny. Stěna aneurysmaticky rozšířené tepny je úplná a má všechny vrstvy. Představuje klinicky různě závažné stavy buď kvůli útlaku okolních struktur, nebo pro riziko možné ruptury aneurysmatu. Bývá často náhodným nálezem diagnostických metod prováděných z jiného důvodu, než je změna tepenné morfologie. V terminologii používané v MKN-10 se mluví o aneurysmatu bez zmínky o ruptuře.

Disekce (natržení) ve stěně tepny (někdy také označované jako disekující aneurysma) také vede k zvětšení tepenného diametru, ale obvykle představuje klinicky závažnější stav než samotné aneurysma, protože krevnímu tlaku je vystavena pouze neúplná tepenná stěna. Ve vzniklé dutině ve stěně tepny (někdy označované jako intramurální hematom) protéká krev a může se vracet zpátky do pravého (původního) tepenného lumen. Také však může docházet k roztržení celé stěny a ke krvácení do okolí tepny. Tyto stavy jsou klinicky nejzávažnější a neřídka představují život ohrožující stavy.

Pokud dojde k roztržení tepny, ale krevní výron je prostorově omezen a lokalizován, tak v klinické terminologii se někdy užívá termín pseudoaneurysma. Jedná se v podstatě o krvácení z tepny, které je ohraničené okolním vazivem. Lze jej také označit termínem hematom.

## 18. Klinické informace k položkám I80-I89 – Nemoci žil, mízních cév a mízních uzlin nezařazené jinde

V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s pojmy **žilní zánět (flebitida)** a **žilní trombóza**. Obvykle oba tyto patologické procesy probíhají souběžně, kdy při zánětu žilní stěny vzniká nitrožilní trombóza a obráceně při nitrožilním vzniku krevní sraženiny reaguje zánětem žilní stěna. Přesto se v klinické praxi ustálilo označení **tromboflebitidy** pro postižení povrchových žil obvykle na končetinách, kde dominuje zánětlivý proces a léčba je zaměřena na lokální nebo celkové ovlivnění zánětu. K povrchovému žilnímu systému na dolních končetinách patří zejména vena saphena magna a vena saphena parva. K povrchovému žilnímu systému na horních končetinách patří zejména vena cephalica a vena basilica.

Jako **trombóza**, případně **flebotrombóza**, označujeme postižení hlubokých žil nejčastěji dolních končetin, ale tyto stavy postihují i hluboký žilní systém na horních končetinách a také v jiných lokalizacích. Hluboké žíly na končetinách probíhají paralelně vedle tepen (v hloubce tkání) a mají názvy shodné s názvy tepen zásobujících tkáň končetin. Základem léčby trombóz nebo flebotrombóz jsou antikoagulační a antitrombotické přípravky.



## 19. Klinické informace k položce I95 – Hypotenze

Hypotenze je poměrně často se vyskytujícím klinickým stavem, který si vyžádá poskytování specifické péče. V základu musíme rozlišovat, zda se jedná o hypotenzi spontánně vzniklou, idiopatickou, tedy bez zjištění jasné a evidentní příčiny. V takové situaci použijeme kód **I95.0** Idiopatická hypotenze.

Pokud je vyvolávajícím faktorem hypotenze změna polohy těla při postavení ze sedu nebo z lehu, použijeme kód **I95.1** Ortostatická hypotenze.

Pokud hypotenze vznikne v důsledku nadměrné léčby hypertenze a řešením je pouze korekce dávek antihypertenziv a monitorace krevního tlaku, tak vykazujeme kód hypertenze (I10, případně další specifické kódy), protože všechny tyto postupy jsou v podstatě zaměřené na samotné ovlivnění hypertenze.

Kód **I95.2** Hypotenze způsobená léčivou používáme společně s kódem pro hypertenzi, pouze když jsou nezbytné další léčebné, případně diagnostické postupy, které neprovádíme v rámci léčby hypertenze, jako jsou infuze, podávání dalších léčiv apod. Kód I95.2 užíváme samostatně (bez kódů hypertenze) v situaci, kdy je hypotenze navozena jinými léčivými, než jsou antihypertenziva. Jako dodatkový kód vykazujeme kód léčiva nebo skupiny léčiv z XX. kapitoly MKN-10.

## 20. Přehled vykazování chlopenních postižení

	Revmatické					Degenerativní (nerevmatické)					Prolaps
	S*	I	S+I	Jiné určené	NS	S	I	S+I	Jiné určené	NS	
<b>Mitrální</b>	I05.0	I05.1	I05.2	I05.8	I05.9	I34.2	I34.0	I34.8	I34.8	I34.9	I34.1
<b>Aortální</b>	I06.0	I06.1	I06.2	I06.8	I06.9	I35.0	I35.1	I35.2	I35.8	I35.9	
<b>Trikuspidální</b>	I07.0	I07.1	I07.2	I07.8	I07.9	I36.0	I36.1	I36.2	I36.8	I36.9	
<b>Pulmonální</b>				I09.8		I37.0	I37.1	I37.2	I37.8	I37.9	
<b>AO + MI</b>				I08.0							
<b>MI + TR</b>				I08.1							
<b>AO + TR</b>				I08.2							
<b>AO + MI + TR</b>				I08.3							
<b>Mnohočetné Endokarditida + neurčená chlopeň</b>				I08.8	I08.9						
<b>Neurčená chlopeň</b>					I09.1	I38 (stenóza, insuficience, kombinovaná, nebo jiná porucha)					

\*S= stenóza, I= insuficience