

**РУКОВОДСТВО
ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА**

в 2-х томах



**Москва
2022**

**РУКОВОДСТВО
ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА**

в 2-х томах

Издание второе

Москва, 2022

Рецензенты:

В.И. Стародубов,
профессор, доктор медицинских наук, академик РАН
Е.П. Какорина,
профессор, доктор медицинских наук

Вайсман Д.Ш.

Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. 2-е изд. – Москва, ФГБУ ЦНИИОИЗ, 2022. –Том 1-2. – 514 с.

В руководстве изложены практические аспекты использования Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра, основанные на Правилах и инструкциях по кодированию смертности и заболеваемости (том 2 МКБ-10) с официальными обновлениями ВОЗ 1996-2019 г.г.

Руководство состоит из 2-х томов:

1-й том – общие сведения о МКБ-10, правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти в статистике смертности, автоматизированные системы, множественные причины смерти, кодирование и выбор основного состояния в статистике заболеваемости;

2-й том – особенности кодирования и выбора основного состояния и первоначальной причины смерти по классам МКБ-10 с примерами оформления медицинских свидетельств о смерти.

Предназначено для практических врачей всех клинических специальностей, врачей патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, организаторов здравоохранения, медицинских статистиков, и студентов медицинских высших и средних учебных заведений.

© Вайсман Д.Ш., ФГБУ «ЦНИИОИЗ», Москва, 2022

ISBN 978-5-94116-068-6

Предисловие

В нашей стране здоровью людей уделяется большое внимание, реализуются программы по здравоохранению, принимаются меры, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи.

Одним из приоритетов государства является демографическая политика, ориентированная на повышение рождаемости, снижение показателей смертности и увеличение продолжительности жизни. Основными точками приложения являются главные причины заболеваемости и смертности российского населения – сосудистые и онкологические заболевания, дорожные травмы, туберкулёз и другие социальные болезни.

Важным моментом в этих проблемах является достоверность статистической информации, позволяющая правильно анализировать ситуацию и принимать адекватные решения, направленные на улучшение состояния здоровья населения.

К сожалению, в медицинских организациях имеются дефекты статистического учета и отчетности, недостаточно внимания уделяется правильному сбору статистической информации, ее кодированию в соответствии с международной классификацией болезней, что снижает достоверность информации и ее международную сопоставимость.

Недостаточное внимание также уделяется и подготовке кадров медицинских работников на всех уровнях – студентов-медиков, врачей, фельдшеров, акушеров. Все это приводит к дефектам оформления первичной медицинской документации, ошибкам кодирования и искажает государственную статистическую отчетность. У специалистов имеются вопросы, на которые не всегда можно найти ответы, тем более, что имеющаяся методическая литература по кодированию представлена немногочисленными рекомендациями по отдельным вопросам.

Данное руководство в определенной мере восполняет этот пробел, в нем показана вся цепь – от сбора информации, ее обработки и кодирования до анализа полученных данных на современном уровне, что, несомненно, имеет большое значение для каждого практического врача.

Том 1

«ICD is always right, even when it is wrong»

Lars Age Johansson

(«МКБ всегда права, даже когда не права»

Ларс А. Йоханссон)

Введение

Эта книга адресована в первую очередь практическим врачам.

Первый вопрос: зачем нужна классификация болезней практическому врачу, ведь его основная обязанность – лечить больного? Это верно, но это не совсем так. Каждому врачу необходимы знания о болезнях, а они невозможны без знаний названий самих болезней.

Врач должен уметь диагностировать различные болезни, уметь правильно ставить диагноз и лечить больного. Но и это еще не все. Каждый врач обязан уметь анализировать результаты своей работы, делать выводы из своего не всегда положительного опыта и использовать их в своей практике. Врач должен также ориентироваться на опыт своих коллег, в том числе и зарубежный. Работа врача постоянно связана с заполнением медицинской документации. И вот как раз в этом ему призвана помочь Международная статистическая классификация болезней.

Переход с 1999 года всех медицинских организаций Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра ознаменовал собой принятие новой международной терминологии, применяющейся во многих странах мира.

Внедрение любой новой классификации болезней всегда требует осуществления комплекса мероприятий, однако, как показывает опыт, далеко не все врачи знают, как пользоваться классификацией, как правильно формулировать диагноз, как его переводить в статистический код, как правильно выбирать первоначальную причину в случае смерти пациента. Многие врачи не знакомы с инструкциями по кодированию заболеваемости и смертности, содержащимися во втором томе МКБ-10. К сожалению, они сложны даже для подготовленного специалиста-статистика.

Официальные инструкции и пособия немногочисленны, они не могут восполнить пробел в недостающих знаниях и ответить на все возникающие вопросы, что приводит к ошибкам в кодировании различных диагностических терминов и неправильному выбору первоначальной причины в случае смерти. Ошибки влияют на достоверность статистических данных о заболеваемости, смертности, о качестве диагностики, лечения и т.д.

Многие врачи не имеют четких представлений о практическом использовании Международной классификации болезней. Циклы последипломного обучения содержат явно недостаточный материал по МКБ-10, и, как правило, в основном теоретический.

Сегодня медицинская организация обязана иметь лицензию и специально подготовленных врачей для проведения, например, экспертизы временной нетрудоспособности, но для выдачи **юридического** документа – «Медицинского свидетельства о смерти», служащего основанием для государственной регистрации смерти, не требуется ничего. Такое положение, несомненно, должно быть исправлено в будущем.

Настоящее руководство имеет своей целью дать врачам любых специальностей, занимающихся диагностикой и лечением пациентов, средним медицинским работникам, а также студентам-медикам современные представления о международной классификации болезней, о формулировании диагнозов и заполнении первичной медицинской документации в соответствии с новыми требованиями, связанными с цифровизацией здравоохранения.

Важным является не только и не столько сбор информации о болезнях, сколько анализ этой информации, позволяющий организаторам здравоохранения принимать правильные управленческие решения, а практическим врачам улучшать качество оказания медицинской помощи.

Глава 1. Определение «МКБ», ее цель, роль и значение

1.1. Определения

«Международная статистическая классификация болезней, сокращенно называемая МКБ, – это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с общепринятыми критериями» (МКБ-10, том 2).

«МКБ-10 – это международная стандартная диагностическая классификация для решения всех основных эпидемиологических задач и многих других задач, связанных с управлением здравоохранения. Эти задачи включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения, а также мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами, включая индивидуальные особенности или обстоятельства, влияющие на состояние здоровья отдельных лиц» (МКБ-10, том 2).

«Статистическая классификация болезней – это определенная система распределения и объединения болезней и патологических состояний в группы и классы в соответствии с установленными критериями» (БМЭ, том 17, стр.61¹).

Эти определения только в общих чертах отражают представления о МКБ. В современных условиях реформирования системы здравоохранения возникает необходимость наличия надежных оценок деятельности этой системы. Международная классификация болезней и является основным инструментом таких оценок и различных статистических разработок по заболеваемости, смертности, деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций.

1.2. Цель МКБ

Целью международной классификации болезней является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время (МКБ-10, том 2).

1.3. Роль в оценке деятельности системы здравоохранения и значение МКБ для ее реформирования

Для обеспечения реформ в здравоохранении и оценки деятельности органов управления здравоохранением и медицинских организаций поддержка и изучение МКБ необходимы, так как классификация включает в себя и надежные достоверные статистические данные, и средства обучения для дальнейшего развития медицинской науки, и практики.

¹ Большая медицинская энциклопедия. – 3-е изд. – М: Советская энциклопедия. Т. 17. 1981.

Поэтому международную классификацию болезней следует рассматривать в более широком плане, а именно, как:

- один из важнейших разделов медицинской статистики;
- средство перевода диагнозов болезней на международный язык кодов, понятный всем врачам других стран; при этом важно принятие единых правил формулирования клинического диагноза, его написания и кодирования;
- единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении, позволяющий разрабатывать единые форматы представления статистических данных;
- средство для обеспечения достоверности статистических данных, позволяющих принимать адекватные управленческие решения;
- определяющий документ всей системы стандартизации в здравоохранении, например, для сопоставления экономических стандартов с международными, это, прежде всего, касается таких категорий как врач, больничная койка, посещение и т.д.;
- основу для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению; стандарты разрабатываются на основе детальных группировок МКБ и служат эталоном оказания качественной медицинской помощи.
- средство обеспечения единой группировки болезней для сопоставимости международных статистических данных о заболеваемости и смертности населения;
- способ обеспечения методического единства и сопоставимости результатов обследования здоровья населения различных стран;
- системообразующий документ, позволяющий в экспериментальных условиях объединить в решении отдельных проблем здоровья населения практически все разделы реформирования здравоохранения: определение приоритетов, структурные преобразования, экономические методы управления, обеспечение качества медицинской помощи, нормативно-правовую базу, формирование программ по здравоохранению и оценку их эффективности, информационные технологии и управление;
- инструмент для изучения использования ресурсов, анализа и оценки деятельности системы здравоохранения; в условиях экономного использования ресурсов МКБ-10 используется для изучения состава госпитализированных больных, контроля за использованием дорогостоящих средств диагностики, лечения и т.д.;
- инструмент контроля качества оказания медицинской помощи пациентам;
- зеркало, отражающее современный уровень медицинской науки и ее основных теоретических знаний об этиологии и патогенезе различных заболеваний;
- способ получения данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, указываемых вместо диагноза в медицинской документации;

- неотъемлемый раздел подготовки врачей, руководителей всех уровней и менеджеров в здравоохранении;
- важнейший юридический, медицинский и статистический документ.

Всемирная организация здравоохранения считает, что «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, (МКБ) является краеугольным камнем статистики здравоохранения. Она отражает условия человеческого существования от рождения до смерти: в ней представлены кодовые обозначения каждой травмы или болезни, с которой мы сталкиваемся в течение жизни, и каждой причины, которая может привести к нашей смерти. Не ограничиваясь этим, МКБ регистрирует и факторы, воздействующие на здоровье, или внешние причины смертности и заболеваемости, что позволяет построить целостную картину, охватывающую все аспекты жизни, которые могут влиять на здоровье.

Эти статистические данные о здоровье служат основой для почти каждого решения, которое принимается сегодня в области здравоохранения: знание о том, что служит причиной болезней и что в конечном итоге убивает людей, играет основополагающую роль в картировании тенденций заболеваемости и эпидемий и принятии решений о планировании медицинского обслуживания, об ассигновании средств на оказание медицинской помощи и об инвестициях в исследования и разработки. Коды МКБ могут иметь огромное финансовое значение, так как они используются для того, чтобы определить, куда предпочтительнее инвестировать ресурсы, объем которых становится все более ограниченным. В то же время в таких странах, как США, коды МКБ служат основанием для выставления счетов в рамках медицинского страхования, а потому теснейшим образом связаны с финансовым аспектом медицинской помощи.

В мире, где проживают 7,4 млрд. человек, которые говорят на почти 7000 языков, МКБ играет чрезвычайно важную роль, обеспечивая общий терминологический аппарат для регистрации и мониторинга проблем со здоровьем и представления соответствующей отчетности. Пятьдесят лет назад трудно было бы ожидать, чтобы такая болезнь, как шизофрения, одинаково диагностировалась в Японии, Кении и Бразилии. В наши же дни, даже если врач в другой стране не может прочитать историю болезни того или иного пациента, он наверняка будет знать, что означает соответствующий код МКБ.

Если бы не существовало МКБ, благодаря которой у нас есть доступ к стандартизированному, согласованному данным, каждая страна или регион располагали бы собственными классификациями, и эти последние, по всей вероятности, имели бы значение только там, где они применяются. Стандартизация — это ключ, открывающий доступ к анализу данных здравоохранения на глобальном уровне»².

² <https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/international-classification-of-diseases>

Всемирная организация здравоохранения определяет МКБ, как:

- мировой стандарт медицинской информации для статистики смертности и заболеваемости;
- средство, которое чаще всего используется в клинических исследованиях с целью изучения структуры заболеваний, а также для управления здравоохранением, мониторингирования результатов и распределения ресурсов;
- система, которая помогает отслеживать показатели смертности и заболеваемости во всем мире и оценивать прогресс в достижении Целей развития тысячелетия;
- средство, с использованием которого распределяется около 70% медицинских расходов в мире (\$3,5 млрд.) для возмещения ресурсов.

С помощью МКБ более чем 100 стран используют систему отчетов в ВОЗ данных о смертности, основного показателя состояния здоровья населения.

МКБ-10 была переведена на 43 языка мира.

1.4. Пользователи МКБ

Являясь инструментом статистических исследований заболеваемости и причин смерти, МКБ имеет большое значение для ее потребителей. При этом важно совершенствовать анализ на основе МКБ, что позволит расширить число ее пользователей, к которым на сегодняшний день относятся:

1. Государственная система здравоохранения (практические врачи, медицинские статистики, руководители органов управления здравоохранением и медицинских организаций);
2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат);
3. Военная медицина;
4. Частное здравоохранение;
5. Научно-исследовательские институты;
6. Программы в области здравоохранения;
7. Профессиональные ассоциации;
8. Финансово-экономические службы;
9. Юридические службы;
10. Разработчики программного обеспечения;
11. Система медицинского страхования;
12. Страховые компании;
13. Пациенты;
14. Фармацевтические компании;
15. Производители медицинского оборудования;
16. Средства массовой информации.

1.5. Значение МКБ для врачей различных специальностей

В МКБ содержится информация, позволяющая оценивать общественное здоровье и здравоохранение, экономику здравоохранения, клиническую медицину, социологию. В МКБ дается характеристика внешних причин при травмах и отравлениях.

МКБ включает в себя классификацию лекарственных средств, биологических препаратов и веществ немедицинского назначения, последствия болезней и меры социальной поддержки, причины обращения за медицинской помощью, факторы риска, вопросы нетрудоспособности и инвалидности, специальные перечни для международных статистических разработок.

МКБ помогает понять механизм наступления смерти при различных заболеваниях для разработки методов патогенетической терапии, так как для предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь.

МКБ вышла далеко за рамки только классификации, ее необходимость неоспорима и доказана. Она по праву является отдельной и самостоятельной дисциплиной.

Международная статистическая классификация болезней должна изучаться, начиная уже с первых лет подготовки врача в медицинском ВУЗе, и в дальнейшем использоваться врачами всех специальностей в течение всей своей практики.

Глава 2. Исторический обзор статистических классификаций болезней

В XVII веке в Англии Джоном Граунтом (John Graunt), впервые была произведена попытка построения таблиц смертности, так называемый метод «смертных списков». Дж. Граунт, основатель статистической школы «политических арифметиков», впервые использовал таблицу дожития, содержащую данные о вероятностях дожития до определённого возраста.

Его книга «Естественные и политические наблюдения над списками умерших» посвящена преимущественно статистике. Он изучает отчёты о смертности и предпринимает попытку создания системы предупреждения возникновения очагов и распространения чумы. Система фактически создана не была, но его работы являются первой, основанной на методах статистики, оценкой численности населения Лондона.

Представители «политической арифметики» проводили наблюдения массовых событий, совокупностей, что было качественно новым этапом в развитии знаний об обществе. Большую роль в разработке методов количественного исследования социальных процессов сыграли такие английские «политические арифметики» XVII в., как Джон Граунт (1620-1674), Уильям Петти (1623-1687), Эдмунд Галлей (1656-1742), Грегори Кинг (1648-1712), Чарльз Райт Давенант (1656-1714).

Уильям Петти (Petty) (1623-1687), будучи профессиональным врачом, внес в «политическую арифметику» элементы медицины. Некоторый период времени он был профессором медицины в Оксфорде, а в 1651 г. получил должность врача при главнокомандующем английской армии в Ирландии. Позднее его профессиональные интересы изменились, и он начал заниматься экономикой и политикой.

Австралийский статистик Франсуа Босье де Лакруа, известный как Соваж (Sauvages, 1706-1767 гг.) в своем труде «Методика нозологии» впервые предпринял попытку расположить болезни систематически.

В то же время выдающийся врач, ботаник, естествоиспытатель-систематизатор Карл Линней (1707-1778 гг.) опубликовал свой труд «Роды болезней», в котором классифицировал болезни человека и животных.

2.1. Классификации У. Фарра и Ж. Бертильона

В начале XIX века наиболее широко применялась классификация болезней Уильяма Куллена (William Cullen, 1710-1790 гг.). Она была опубликованная в 1785 г. под названием «Краткий обзор методики нозологии». Использовать существующие классификации и предложить свою удалось первому медицинскому статистику Управления записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса Уильяму Фарру (William Farr, 1807-1883 гг.). Так как классификация Куллена не пересматривалась, У. Фарр предложил принципы составления своей классификации болезней с учетом достижений медицинской науки.

В связи с тем, что «Классификация болезней» рассматривалась только с позиций статистики смертности, У. Фарр считал, что необходимо распространить ее и на не смертельные болезни. В свой «Доклад о номенклатуре и статистической классификации болезней» У. Фарр включил в основной перечень как большинство тех болезней, которые влияют на здоровье, так и те болезни, которые приводят к летальному исходу.

Классификация У. Фарра состояла из пяти групп: эпидемические болезни; органические (системные) болезни; болезни, подразделяющиеся по анатомической локализации; болезни развития и болезни, являющиеся прямым следствием насилия.

Первый Международный статистический конгресс, состоявший в 1853 году в Брюсселе, поручил У. Фарру и М. д'Эспину (Marc d'Espine) подготовить единую классификацию причин смерти для применения на международном уровне.

Конгресс принял компромиссный список из 139 рубрик. В последующие годы эта классификация пересматривалась 5 раз и, хотя она не получила всеобщего признания, основные принципы ее построения, в том числе принцип группировки болезней по анатомической локализации, выдержали испытание временем и легли в основу Международного перечня причин смерти.

Международный статистический институт поручил подготовку классификации причин смерти Жаку Бертильону (Jacques Bertillon, 1851-1922

гг.), начальнику Статистической службы Парижа, который подготовил три классификации, основанные на принципах У. Фарра: первую – сокращенную классификацию из 44 рубрик, вторую – с 99 рубриками и третью – с 161 рубрикой.

Классификация Ж. Бертильона получила общее признание и начала использоваться другими странами. В 1898 г. Американская ассоциация общественного здравоохранения на своей конференции в Оттаве рекомендовала Канаде, Мексике и США принять классификацию Ж. Бертильона. Ассоциация внесла предложение о ее пересмотре каждые 10 лет.

В 1899 г. после заслушивания отчета Ж. Бертильона, резолюцией сессии Международного статистического института было предложено всем статистическим учреждениям Европы настоятельно и безотлагательно принять систему номенклатуры Ж. Бертильона без пересмотра.

2.2. Пересмотры МКБ

В августе 1900 г. в Париже состоялась Первая Международная конференция по пересмотру классификации Ж. Бертильона, или Международного перечня причин смерти (Таблица 1). В конференции приняли участие 26 стран. Была принята подробная классификация, которая состояла из 179 рубрик и сокращенная – из 35.

Было также отмечено, что пересмотр классификации необходим каждые 10 лет с целью ее усовершенствования в соответствии с последними достижениями медицинской науки и поступающими замечаниями.

Первые три пересмотра проводились в 1900, 1909 и 1920 гг. под руководством Ж. Бертильона – Генерального секретаря Международной конференции. В 1923 г. после смерти Ж. Бертильона, его преемник Мишель Юбер (Michel Huber) внес предложение о восстановлении роли Международного статистического института и о сотрудничестве с другими международными организациями в подготовке последующих пересмотров.

Организация здравоохранения Лиги Наций заинтересовалась вопросами демографической статистики и создала Комиссию экспертов по статистике для изучения классификации болезней и причин смерти, также других проблем медицинской статистики.

Э.Ресле (E.Roesle), руководитель службы медицинской статистики Бюро здравоохранения Германии, подготовил перечень дополнительных рубрик с целью использования для обработки данных статистики заболеваемости.

Для координации работ была создана Смешанная комиссия, включавшая равное число представителей Международного статистического института и Организации здравоохранения Лиги Наций. Этой комиссией были подготовлены проекты предложений по Четвертому (1929 г.) и Пятому (1938 г.) пересмотрам Международного перечня причин смерти.

Конференция по Пятому пересмотру состоялась в 1938 году в Париже.

На ней были приняты 3 перечня: детальный - из 200 рубрик, промежуточный - из 87 и краткий - из 44 рубрик.

Перечни учитывали последние достижения науки, они касались класса инфекционных и паразитарных болезней, а также изменений в классах, относящихся к состояниям, связанным с послеродовым периодом и к несчастным случаям. Был подготовлен также перечень причин мертворождений. На Конференции была признана возрастающая значимость классификации болезней для статистики заболеваемости, для удовлетворения статистических потребностей широкого круга различных организаций: медицинского страхования, больниц, органов управления здравоохранением и др.

Конференция по Пятому пересмотру явилась важным этапом в статистике. Она приняла ряд резолюций: в одной из них было рекомендовано привести различные используемые национальные перечни в соответствие с Международным перечнем причин смерти, в другой было обращено внимание на изучение способов унификации методов выбора основной причины смерти, когда в свидетельстве указана более чем одна причина (множественные причины смерти).

В 1944 г. предварительные классификации болезней и травм были опубликованы в Англии и США для использования их в статистике заболеваемости. В США было опубликовано «Руководство по кодированию причин заболеваемости в соответствии со стандартизованным кодированным перечнем диагнозов для статистической разработки данных о заболеваемости», включающее кодированный перечень диагнозов, перечень включений и алфавитный указатель.

Британская классификация называлась «Предварительная классификация болезней и травм для использования при изучении статистики заболеваемости».

В соответствии с резолюцией пятой Международной конференции в 1945 г. был учрежден Комитет США по множественным причинам смерти, который возглавил Лоуэлл Рид (Lowell J.Reed). Комитет отметил, что международный перечень не является классификацией терминальных причин, как считалось ранее, а основан на цепочке событий, возникающих на основе болезненного состояния, и в конечном итоге приводящих к смерти, что имеет большое значение для практического здравоохранения, так как, понимая патогенетическую цепочку, можно воздействовать на ее отдельные звенья для борьбы с патологическим процессом.

Комитет решил, что перечень должен быть единым, он должен служить общей базой для сравнения статистики заболеваемости и смертности, а также облегчать кодирование.

В 1946 г. в Нью-Йорке Международная конференция по здравоохранению возложила на Временную комиссию ВОЗ ответственность за проведение подготовительной работы пересмотру международных перечней причин смерти и причин заболеваний. С этой целью был утвержден Комитет экспертов по подготовке Шестого десятилетнего пересмотра,

который осуществил обзор и анализ предложенных классификаций, подготовленный Комитетом США по множественным причинам смерти.

Была подготовлена и разослана для обсуждения новая «Международная классификация болезней, травм и причин смерти», разработан также перечень диагностических терминов. Специальным подкомитетом создан алфавитный указатель формулировок диагнозов.

Комитет экспертов рассмотрел практику применения специальных перечней причин для проведения статистических разработок, изучил вопросы, относящиеся к международной сопоставимости статистики смертности, а именно: форму свидетельства о смерти и правила классификации.

Международная конференция по Шестому пересмотру Международных перечней болезней и причин смерти состоялась в 1948 г. в Париже. Конференция приняла классификацию, подготовленную Комитетом экспертов, одобрила международную форму Медицинского свидетельства о причине смерти; приняла подход, согласно которому первоначальная причина смерти является основной причиной, используемой для статистических разработок; утвердила правила выбора первоначальной причины смерти (для унифицированного подхода с целью обеспечения международной сопоставимости данных о смерти) и специальные перечни для статистических разработок данных о заболеваемости и смертности.

Конференция рекомендовала Всемирной ассамблее здравоохранения принять правила, согласно которым государства-члены ВОЗ должны руководствоваться при сборе и обработке статистической информации по заболеваемости и смертности Международной статистической классификацией.

В период действия Седьмого и Восьмого пересмотров использование МКБ расширилось, некоторыми странами были подготовлены национальные версии МКБ.

Международная конференция по Девятому пересмотру состоялась в 1975 году в Женеве. Базовая структура МКБ была сохранена, но дополнена и более детализирована. Введена система двойного кодирования («крестик» и «звездочка»), внесены исправления в правила кодирования смертности и впервые введены правила выбора единичного состояния для статистических разработок данных о заболеваемости, была рекомендована форма свидетельства о причине перинатальной смерти.

Еще до Конференции по Девятому пересмотру была начата подготовка Десятого пересмотра, что было связано с расширяющимся использованием МКБ и необходимостью переосмысления структуры классификации, не требующей фундаментального пересмотра в течение многих последующих лет.

«Правила выбора первоначальной причины смерти», изложенные в МКБ-10 и применяемые в практике довольно сложны. Прежде всего, разграничены 2 причины смерти, записанные на самой нижней заполненной строке: «исходная предшествовавшая причина» и «первоначальная причина смерти».

Пересмотры международной классификации болезней

Годы	Пересмотры
1900	Первый
1909	Второй
1920	Третий
1929	Четвертый
1938	Пятый
1948	Шестой
1955	Седьмой
1965	Восьмой
1975	Девятый
1989	Десятый
2022	Одиннадцатый

«Правила выбора первоначальной причины смерти» включают использование общего принципа (при правильно заполненном свидетельстве) и трех «правил выбора» (если общий принцип неприменим).

Однако отобранная причина не всегда оказывается наиболее информативной для статистической разработки. В этих случаях МКБ-10 предусматривает применение правил модификации. Существует также сводная таблица связей по кодовому номеру для наиболее характерных сочетаний кодов, перечень «запрещенных» кодов для использования в качестве первоначальной причины смерти и ряд других правил.

2.3. Классификации болезней в России

В России в 1761 г. М.В. Ломоносов написал работу «О размножении и сохранении Российского народа», в которой освещались вопросы снижения смертности, но она была запрещена к публикации цензурным комитетом, так как содержала «мысли предосудительные, несправедливые».

Впервые разработанные таблицы смертности, названные «табелем жизненности», были приведены К.Ф. Германом в 1819 г. в работе «Статистические исследования относительно Российской империи».

С середины XIX века данные о естественном и механическом движении населения начали широко публиковаться. Место «политической арифметики» заняла математическая, санитарная (медицинская) статистика.

Свое развитие статистика получила в трудах отечественных ученых (Янсон Ю.Э., Новосельский С.А., Птуха М.В., Томилин С.А., Корчак-Чепурковский Ю.А., Мерков А.М., Кваша Я.Б., Боярский А.Я., Валентей Д.И., Бедный М.С., Леонов С.А. и др.).

Статистика причин смерти в России начинается с 1902 года. До 1917 года в России одновременно действовали две номенклатуры болезней и причин смерти. Первая – для официальной отчетности (номенклатура медицинского департамента Министерства внутренних дел), вторая была разработана земскими врачами и утверждена в 1899 году седьмым Пироговским съездом врачей. Первая номенклатура была отменена в 1918 г., вторая – в 1924 г.; их заменила новая классификация, которая была основана на этиологических принципах и включала 4 раздела:

- болезни, связанные с процессом воспроизводства населения;
- болезни с установленной внешней этиологией;
- болезни, внешняя этиология которых недостаточно изучена;
- недостаточно определенные болезни и причины смерти.

Первая советская классификация причин смерти, разработанная в 1922 г. и официально принятая в 1924 г., была довольно близка к Международной классификации болезней и причин смерти Третьего пересмотра 1920 года.

В конце 30-х годов этиологический принцип классификации был подвергнут критике, и на смену ему пришел новый анатомо-физиологический принцип.

До 1958 г. регистрация причин смерти в СССР была неполной. Это объяснялось тем, что только врачи имели право заполнять свидетельство о смерти.

Так как во многих районах, особенно в сельской местности, врачей было мало, то система регистрации причин смерти функционировала только в городах и охватывала не более половины населения. После 1958 г., когда Министерство здравоохранения СССР и Центральное статистическое управление приняли решение о разрешении средним медицинским работникам выдавать свидетельство о смерти при отсутствии врача, примерно 15% медицинских свидетельств о смерти было выдано фельдшерами.

В СССР, как и в других странах, в свидетельстве указывались три причины смерти: основная, непосредственная и сопутствующая. В обобщающих статистических таблицах указывалась только основная причина смерти, которую кодировали в региональных статистических управлениях.

В СССР никогда прямо не применялась Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения, а использовалась своя собственная номенклатура, состоящая с 1965 г. примерно из 200 рубрик.

Всего, с момента образования, в СССР, сменилось 7 номенклатур, четыре из которых действовали после второй мировой войны.

Основные особенности советской системы регистрации причин смерти, следующие:

- значительные различия с МКБ, несмотря на то, что, начиная с 1965 года, советские классификации частично согласовывались с МКБ; число рубрик в советских номенклатурах было намного меньше, чем в МКБ (210 вместо 2000 в 1965-1969 гг. и 185 вместо 3000 в МКБ-8 и 5000 в МКБ-9);

- до 1988 г. некоторые рубрики советской классификации вообще отсутствовали: такие причины смерти как холера, чума, самоубийство, убийство и несчастные случаи на производстве были засекречены (чтобы обеспечить соответствие суммы причин смерти от «скрытых» причин прибавлялись к рубрике «неточно обозначенные и неустановленные причины смерти»);

- советская система кодирования причин смерти была децентрализованной; региональные различия в практике кодирования существовали, несмотря на инструкции Минздрава СССР и Госкомстата; коды причин смерти, установленные в региональных статистических управлениях, не проверялись и не корректировались.

Компьютеризация информации о причинах смерти была введена Госкомстатом в 1988 году.

2.4. Переход Российской Федерации на МКБ-10

В дальнейшем переход к международной классификации болезней шел постепенно, применялись адаптированные варианты классификаций, и только с 1999 года в России был осуществлен полный переход на Международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10).

Начало перехода было положено Указом Президента России от 20.08.1991 года «Об обеспечении экономической основы суверенитета РСФСР», а затем Распоряжением Председателя Верховного Совета Российской Федерации от 14.01.1992 года «О переходе Российской Федерации на принятую в международной практике систему учета и статистики». На их основе была разработана Государственная программа такого перехода, содержащая определенные конкретные задания и сроки исполнения для Госкомстата и Минздрава Российской Федерации.

Нормативная база по обеспечению перехода на МКБ-10 была подготовлена Минздравом Российской Федерации. Приказ № 318 от 04.12.1992 года касался пересмотра критериев мертворождения и живорождения в соответствии с международными стандартами. Приказы № 170 от 25.05.1997 года и № 3 от 12.01.1998 года обеспечили переход всех органов и учреждений здравоохранения на МКБ-10 с 01.01.1999 года.

Приказ Минздрава Российской Федерации № 398 от 04.12.1996 года возложил ответственность за кодирование в соответствии с МКБ-10 на руководителей территориальных органов управления здравоохранением.

Приказом Минздрава Российской Федерации № 241 от 07.08.1998 года были утверждены учетные формы медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти с учетом международных требований.

Этот приказ заменил новый – приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

Письмом Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 были направлены методические рекомендации по порядку выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти.

Письмом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 г. № 14-9/10/2-4150 и письмом Минздрава России от 14.03.2013 г. № 13-7/10/2-1691 были направлены рекомендации по кодированию некоторых заболеваний класса IX «Болезни системы кровообращения», а письмом Минздравсоцразвития России от 30.09.2011 г. № 14-9/10/2-9696 - рекомендации по кодированию травм при дорожно-транспортных происшествиях.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 года №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» в Российской Федерации осуществлен переход на учет мертворожденных и живорожденных с 22-х недель беременности.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации выпустило два руководства: по кодированию заболеваемости и причин смерти; методические рекомендации: «Порядок статистического учета и кодирования состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ, в соответствии с МКБ-10», «Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от некоторых болезней системы кровообращения» и «Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от транспортных несчастных случаев, включая ДТП, в соответствии с МКБ-10». В 2013 году вышла в свет монография «Использование международной классификации болезней в практике врача».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.04.2021 года № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи» (зарегистрировано в Минюсте Российской Федерации 31.05.2021, регистрационный номер 63697) утверждены новые бумажные и электронные формы свидетельств и порядки их ведения.

Готовится федеральный реестр учета медицинских свидетельств о смерти и медицинских свидетельств о перинатальной смерти с автоматизированной системой кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

2.5. Переход на МКБ-11

Решение выпустить новую версию МКБ, предназначенную для XXI века, было принято в 2000 г. на сессии Генеральной ассамблеи здравоохранения.

Версия МКБ-11 была выпущена 18 июня 2018 года, чтобы позволить государствам-членам подготовиться к внедрению, включая перевод МКБ на свои национальные языки.

Особенности МКБ-11 следующие.

Во-первых, она обновлена с учетом требований XXI века и отражает критически важные достижения в науке и медицинской практике.

Во-вторых, отныне она может быть успешно интегрирована в электронные приложения и информационные системы, имеющие отношение к здравоохранению. Эта новая версия полностью переведена в электронный формат, позволяет вносить более подробную информацию, а ее установка значительно упрощена, что приведет к уменьшению числа ошибок. Все это значительно повысит доступность этого инструмента, особенно в условиях ограниченных ресурсов.

В-третьих, важная особенность МКБ-11 заключается в том, что эта версия была подготовлена на основе принципов транспарентности и сотрудничества, масштаб которого не имеет прецедентов в истории классификации. Из-за своей сложности МКБ порой воспринималась как некий эзотерический инструмент здравоохранения, требующий многомесячной подготовки. Так, из всех зарегистрированных в мире случаев смерти лишь приблизительно треть сопровождалась правильно подобранным кодом. Главная цель пересмотренной версии заключается в том, чтобы упростить пользование МКБ³.

МКБ-11 была представлена на 144-м заседании Исполнительного комитета в январе 2019 г. и на Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2019 г., и вступила в силу с 1 января 2022 г.

Тем не менее, учитывая, что для перехода на новую систему потребуется значительная техническая и технологическая адаптация, а также обучение (тысячам пользователей классификации — от небольших клиник, оказывающих первичную медицинскую помощь, до крупных больниц — будет необходима переподготовка), переход от использования МКБ-10 к использованию МКБ-11 вряд ли произойдет быстро.

При этом, каждое государство само решает, когда и как будет переходить на МКБ-11 в зависимости от готовности системы здравоохранения.

³ <https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/international-classification-of-diseases>

Глава 3. Базовая структура МКБ-10 и принципы кодирования диагнозов

3.1. Группировки У. Фара

Международная классификация болезней – переменнo-осевая классификация, разработанная на основе классификации У. Фарра, которая представляет собой следующую группировку, сопоставленную с классами МКБ-10 (Таблица 2), что имеет практическое значение.

«Специальные группы» имеют преимущество перед местными болезнями, сгруппированными по анатомической локализации, при кодировании и интерпретации статистических данных (выбор «основного» состояния или первоначальной причины смерти).

По правилу МКБ-10, в случае сомнения относительно того, куда относить то или иное состояние, приоритет отдается состояниям из классов, относящихся к «специальным группам».

Таблица 2

	Группировка У. Фарра	Классы МКБ-10
A	<i>Специальные группы</i>	
1	Эпидемические болезни	I
2	Конституциональные, или общие болезни	II, IV
3	Болезни, связанные с развитием	V, XV-XVII
4	Травмы	XIX
B	<i>Местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации</i>	III, VI-XIV

Среди специальных групп классы «Беременность, роды и послеродовой период» и «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» имеют приоритет перед другими.

Система включаемых и исключаемых рубрик в каждом из классов и её обзорных блоков дает представление о приоритетах отдельных групп болезней в оценках здоровья населения и деятельности здравоохранения.

Так, например, злокачественное новообразование легкого кодируется в классе «Новообразования», а не в классе «Болезни органов дыхания».

В статистике смертности с учетом тяжести состояния, приоритет в первую очередь следует отдавать травмам (отравлениям), затем – злокачественным новообразованиям, инфекционным заболеваниям и врожденным аномалиям. Так, например, при смертельном отравлении больного злокачественным новообразованием, предпочтение отдают отравлению. При сочетании рака с туберкулезом, «основным» заболеванием считают рак. Если у больного с хронической патологией сердечно-сосудистой системы возникла менингококковая инфекция, первоначальной причиной смерти следует считать это инфекционное заболевание.

Исключением является класс XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы» - состояния из этого класса не должны выбираться в качестве «основного» заболевания или первоначальной причины смерти.

Если выбор «основного» состояния или первоначальной причины смерти оговорен в МКБ-10 специальным правилом, то применяют это правило.

3.2. Содержание томов МКБ-10

МКБ-10 состоит из трех томов:

Том 1 – состоит из двух частей (в английском варианте – одна часть) и содержит:

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно нозологические формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;
- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;
- специальные перечни для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

Том 2 – содержит основные сведения и правила пользования МКБ-10, инструкции по кодированию смертности и заболеваемости, форматы представления статистических данных и историю развития МКБ.

Том 3 – представляет собой алфавитный указатель болезней, травм и внешних причин, а также таблицу лекарственных средств и химических веществ, содержащую около 5,5 тыс. терминов.

3.3. Обновления МКБ-10 Всемирной организации здравоохранения

Начиная с 1996 года, ВОЗ на своем официальном сайте ежегодно публикует обновления МКБ-10⁴, в которых отражаются новые правила, изменяются подходы к кодированию, уточняются отдельные положения и понятия.

Обновлениями ВОЗ в МКБ-10 добавлены новые рубрики и подрубрики, часть рубрик и подрубрик были исключены (письма Минздрава России: от 05.12.2014 № 13-2/1664 и от 12.11.2020 № 13-2/753).

В таблицу 2 «Перечня кодов, не используемых для кодирования первоначальной причины смерти» (МКБ-10, 1995, том 2, стр.72) добавлены некоторые коды (Приложение 1).

Внесены также изменения в правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти, разработан новый алгоритм выбора первоначальной причины смерти⁵.

⁴ <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>

⁵ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

3.4. Семейство международных классификаций болезней

Хотя МКБ, предназначена для самых различных целей, иногда возникает необходимость в дополнительной информации по различным характеристикам классифицируемых состояний. Вначале предполагалось, что МКБ не сможет включить в себя всю эту информацию. Поэтому возникла идея создания «семейства» классификаций (Таблица 3).

Таблица 3

СЕМЕЙСТВО КЛАССИФИКАЦИЙ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

Связанные классификации	Справочные классификации	Производные классификации
Международная классификация первичной медико-санитарной помощи (МКПМСП)	Международная классификация болезней (МКБ)	Международная классификация онкологических болезней (МКБ-О)
Международная классификация сестринской практики (МКСП)		Классификация МКБ-10 психических и поведенческих расстройств
Международная классификация внешних причин травм (МКВПТ)	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)	Приложение МКБ для стоматологии (МКБ-ЗС)
Анатомическая, химическая и терапевтическая система классификации (АХТ) с установленной суточной дозой (DDD)	Международная классификация медицинских вмешательств (МКМВ)	Приложение МКБ для неврологии (МКБ-НП)
ISO9999 Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности: классификация и терминология		Приложение МКБ для дерматологии
		Приложение МКБ для педиатрии
		Приложение МКБ для ревматологии и ортопедии (МКБ-РиОП)

В настоящее время так называемое «семейство» представлено набором интегрированных классификаций, которые имеют сходные характеристики и могут использоваться по отдельности или совместно для предоставления информации о различных аспектах здоровья и систем здравоохранения.

Справочные классификации

Это классификации, которые охватывают основные характеристики системы здравоохранения, такие как смертность, заболеваемость, функционирование, ограничение жизнедеятельности, здоровье и медицинские вмешательства.

Справочные классификации ВОЗ являются результатом международных соглашений. Они получили широкое признание и официальное разрешение на использование, а также были одобрены и рекомендованы в качестве нормативных документов для составления международной отчетности о состоянии здоровья населения.

В настоящее время существуют две справочные классификации: МКБ – в качестве справочной классификации для сбора информации о смертности и заболеваемости, и МКФ – для сбора информации из различных областей, связанных с функционированием организма человека и ограничениями его жизнедеятельности.

Производные классификации

Производные классификации основаны на справочных классификациях. Они могут быть подготовлены путем принятия структуры и классов справочной классификации, обеспечивая дополнительную детализацию сверх той, которая предусмотрена справочной классификацией, или они могут быть подготовлены путем перегруппировки или агрегирования компонентов одной или нескольких справочных классификаций.

Производные классификации включают специализированные адаптации МКФ и МКБ, такие как Международная классификация онкологических болезней, 3-е издание (МКБ-О-3), Приложение международной классификации болезней для стоматологии, 3-е издание (МКБ-ЗС), Классификация МКБ-10 психических и поведенческих расстройств (включенная в класс V МКБ-10) и Приложение международной классификации болезней для неврологии, 2-е издание (МКБ-НП) (см. раздел 2.2.1 «Классификации, основанные на диагнозе»).

Связанные классификации

Связанные классификации – это те, которые частично относятся к справочным классификациям или связаны со справочной классификацией только на определенных уровнях структуры. Процедуры поддержания, обновления и пересмотра статистических классификаций СМК способствуют решению проблем частичного соответствия между связанными классификациями и открывают возможности для большей гармонизации с течением времени.

Связанные классификации включают: Международную классификацию первичной медико-санитарной помощи, 2-е издание (МКПМСП-2), Международную классификацию внешних причин травм (МКВП), Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности: классификация и терминология (ISO9999) и Анатомическую, химическую и терапевтическую систему классификации (АХТ) с установленной суточной дозой (DDD).

Важно отметить, что все классификации в семействе носят **подчиненный** к МКБ-10 характер. Все те классификации, которые еще имеют какие-либо противоречия, должны быть приведены в соответствие с МКБ-10.

3.5. Классы, блоки, рубрики и подрубрики

Классификация построена по иерархическому принципу: класс, блок, рубрика, подрубрика.

Сердцевиной международной классификации болезней является **трехзначный код** (трехзначная рубрика), являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности для предоставления в ВОЗ, а также для проведения международных сравнений.

В отличие от предыдущих пересмотров, в МКБ-10 вместо цифрового применен буквенно-цифровой код с буквой английского алфавита в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Номера кодов имеют диапазон от A00.0 до Z99.9. Четырехзначная подрубрика (четвертый знак) не является обязательным для представления данных на международном уровне, его используют на уровне территории.

Замена цифры на букву увеличило число трехзначных рубрик с 999 до 2600, а четырехзначных – примерно с 10000 до 25000, что расширило возможности классификации.

Иерархия напоминает компьютерное меню с вложенными папками. Классификация разделена на **22 класса**. Класс XXII был введен в 2003 году. Каждая буква кода соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классе II и III, и буквы H, которая используется в классах VII и VIII. Четыре класса – I, II, XIX и XX используют более одной буквы в первом знаке своих кодов.

Класс – это каким-либо способом сгруппированный перечень болезней. Каждый класс содержит достаточное число рубрик для охвата всех известных заболеваний и состояний, при этом использованы не все имеющиеся коды, что дает возможность дополнений при будущих пересмотрах и большей детализации.

Классы I – XVII включают заболевания и патологические состояния;

Класс XIX – травмы;

Класс XVIII – симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях;

Класс XX – внешние причины заболеваемости и смертности;

В отличие от предыдущих пересмотров, МКБ-10 содержит 2 новых класса: XXI класс («Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»), предназначенный для классификации данных, объясняющих причину обращения человека, не являющегося в данное время больным или разных обстоятельств получения медицинской помощи; а также XXII класс («Коды для особых целей»).

Классы подразделяются на неоднородные **блоки**, группировка болезней в которых различна (например, в классе I – это способ передачи инфекции, в классе II – локализация новообразований и т.д.).

Блоки в свою очередь состоят из трехзначных **рубрик**, которые представляют собой код, состоящий из 3-х знаков: буквы и двух цифр. Некоторые из трехзначных рубрик представляют только одно заболевание, отображенное в зависимости от частоты встречаемости или значимости для здравоохранения. Другие рубрики предназначены для групп болезней с общими признаками.

Большинство трехзначных рубрик подразделено еще на четырехзначные **подрубрики**, т.е. имеют 4-й знак. Подрубрики имеют неодинаковое содержание: это могут быть анатомические локализации, осложнения, варианты течения, формы болезней и т.д.

Четырехзначные подрубрики представлены знаками от 0 до 9. Рубрика может содержать не все 9 знаков. Знаки имеют неодинаковый смысл. Чаще всего 4-й знак «8» означает «другие уточненные состояния», относящиеся к данной рубрике, которые в большинстве случаев включены в Алфавитный указатель (том 3 МКБ-10). Подрубрика с цифрой «9» (так называемая «остаточная» подрубрика) преимущественно обозначает «неуточненные состояния», т.е. это название трехзначной рубрики без дополнительных указаний.

Имеются некоторые рубрики с общими четырехзначными подрубриками, например, для блока «Сахарный диабет (E10-E14)» и др.

Ряд трехзначных рубрик вообще не имеют четырехзначных подрубрик. Это означает, что на современном этапе развития медицинской науки, эти рубрики не имеют общепринятого подразделения. Подрубрики могут быть добавлены при последующих обновлениях и пересмотрах.

Рубрики без четырехзначной подрубрики для машинной статистической обработки должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «X» (использовать цифру «9» нельзя, так как она несет различную смысловую нагрузку).

Четырехзначная подрубрика является своеобразным «знаком качества», так как позволяет в большинстве случаев выявлять неуточненные врачом диагнозы заболеваний. Этот знак помогает оценить качество диагностики, как прижизненной, так и посмертной на уровне врача, фельдшера или всей медицинской организации, что имеет огромное значение для решения экономических вопросов в здравоохранении, повышения квалификации специалистов, оценки обеспеченности медицинской аппаратурой и техникой и др.

Дополнительные уровни градаций – пятый и последующие уровни кода представляют собой субклассификации по различным осям. В МКБ-10 предусмотрены факультативные, необязательные в государственной статистике, пятые знаки:

- в классе XIII (по анатомической локализации)
- в классе XIX (открытые и закрытые переломы, повреждения)
- в классе XX (по видам деятельности)

Эти знаки предназначены для дополнительных статистических разработок.

Коды с буквой «U» до 2003 года считались резервными и использовались для временного обозначения болезней неясной этиологии, чаще в научно-исследовательских целях. Теперь они выделены в отдельный XXII класс.

3.6. Понятия, описания, условные обозначения

При кодировании всегда необходимо обращать внимание на различные понятия, описания и условные обозначения, применяемые в первом томе.

Это специальные термины, двойное кодирование и условные обозначения.

3.6.1. Специальные термины

3.6.1.1. Включенные термины

Они служат указанием к содержанию рубрик и являются диагностическими терминами, данными в дополнение к названиям рубрик, как примеры диагностических формулировок, относящихся к различным состояниям или синонимам. Перечни этих терминов не являются исчерпывающими, поэтому использование Алфавитного указателя всегда желательно для окончательного поиска. Термин «включены» может следовать непосредственно за названием класса, блока или рубрики:

A19 Милиарный туберкулез

Включен: туберкулез:

- диссеминированный
- генерализованный

3.6.1.2. Исключенные термины

Некоторые рубрики содержат термин «исключены», при этом рядом с диагностической формулировкой указывается ее правильный код. Данные термины также могут следовать за названием класса, блока или рубрики:

J38.4 Отек гортани

Исключен: ларингит:

- острый обструктивный [круп] (J05.0)
- отечный (J04.0)

3.6.1.3. Описания в виде глоссария

Используется в некоторых классах (V, XXI) в дополнение к включенным и исключенным терминам и предназначено для врачей для более точного указания содержания рубрики. Необходимо помнить, что глоссарий не предназначен для использования кодировщиками.

3.6.2. Двойное кодирование некоторых состояний

3.6.2.1. Система кодирования крестик (†) и звездочка (*)

Система двойного кодирования, введенная в МКБ-9, продолжена и в МКБ-10. Некоторые диагностические формулировки имеют два кода. Главным из них является код основного заболевания, помеченный крестиком

(†); а факультативный дополнительный код, относящийся к проявлению болезни, помечен звездочкой (*). В официальной статистике используется только один код, обозначенный крестиком (†).

Коды со звездочкой (*) даны как отдельные трехзначные рубрики с четырехзначными подрубриками (их 83), они никогда не применяются как самостоятельные.

Если в названии рубрики присутствует крестик (†) рядом с кодом, то все состояния этой рубрики подлежат двойному кодированию, а альтернативный код со звездочкой (*) рядом с формулировкой основного заболевания принадлежит всем перечисленным ниже состояниям:

A87.0 † Энтеровирусный менингит (G02.0*)

Менингит, вызванный вирусом Коксаки

Менингит, вызванный ЕСНО-вирусом

Если в названии рубрики присутствует крестик (†) рядом с кодом, то все состояния этой рубрики подлежат двойному кодированию, а альтернативные коды со звездочкой (*) могут быть для перечисленных ниже состояний разными:

B06.0 † Краснуха с неврологическими осложнениями

Краснушный:

- энцефалит (G05.1*)
- менингит (G02.0*)
- менингоэнцефалит (G05.1*)

Если в названии рубрики нет ни крестика (†), ни звездочки (*), то вся рубрика не подлежит двойному кодированию, но отдельные состояния могут кодироваться двояко; такие термины помечаются крестиком (†) и звездочкой (*):

A54.3 Гонококковая инфекция глаз

Гонококковый:

- конъюнктивит † (H13.1*)
- иридоциклит † (H22.0*)

Гонококковая офтальмия новорожденных

3.6.2.2. Другие виды двойного кодирования

- Для местных инфекций, вызванных другими уточненными возбудителями, могут использоваться **дополнительные коды B95-B97** для уточнения инфекционных агентов (например, B97.0 – Аденовирусы).
- Для функционально активных новообразований из класса II могут использоваться **дополнительные коды из класса IV**

(например, E05.8, E07.0, E16-E31, E34.-) для идентификации активности.

- Для определения типа опухоли к коду новообразования может добавляться **дополнительный морфологический код** (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 579 – 599), например, M8003/3 Злокачественная опухоль гигантоклеточная.
- Органические психические расстройства (F00 – F09) могут иметь **дополнительный код** для идентификации первоначального заболевания, вызвавшего психическое расстройство (например, G30.1 Поздняя болезнь Альцгеймера).
- Если состояние является следствием воздействия токсического вещества, то используют **дополнительный код из класса XX** для идентификации этого вещества (например, Y49.4 Нейролептики).
- При травмах и отравлениях применяют **двойное кодирование**: один код из класса XIX – код характера травмы, второй – код внешней причины (класс XX). В мировой статистике код внешней причины считается основным, а код характера травмы – дополнительным. В Российской Федерации при травмах и отравлениях используют оба кода как равнозначные. Данная методика не противоречит мировой статистике и позволяет подробно анализировать травмы, учитывая их распространенность.

3.6.3. Условные обозначения

3.6.3.1. Круглые скобки () – используются в следующих ситуациях:

- в круглые скобки помещают дополнительные слова за диагностическим термином, которые являются не обязательными и не влияют на кодовый номер:

K12.0 Рецидивирующие афты полости рта
Афтозный стоматит (большой) (малый)

- в круглые скобки включают коды исключенных терминов:

G40 Эпилепсия
Исключены: синдром Ландау-Клеффнера (F80.3)
судорожный припадок БДУ (R56.8)

- круглые скобки используют для перечня трехзначных кодов рубрик в названии блока:

Другие болезни сердца (I30 – I52)

- в круглые скобки заключают крестик (†) или звездочку (*):

G46.4 * Синдром мозжечкового инсульта (I60-I67†)

A06.4 † Амебный абсцесс печени (K77.0*)

3.6.3.2. Квадратные скобки [] – применяются:

- для заключения синонимов, альтернативных формулировок или поясняющих фраз:

A30 Лепра [болезнь Гансена]

- для ссылки на предыдущие примечания:

C00.8 Поражения губы, выходящие за пределы одной или более вышеуказанных локализаций [см. примечание на с. 179]

- для ссылки на ранее обозначенный блок:

K25 Язва желудка [см. указанные выше подрубрики]

3.6.3.3. Двоеточие (:) – применяют:

- при перечислении включенных и исключенных терминов, когда слова, предшествующие им, не являются законченными формулировками, которые следовало бы включить в данную рубрику:

A23 Бруцеллез

Включена: лихорадка:

- мальтийская
- средиземноморская
- ундулирующая

- когда термины требуют дополнения в виде одного или нескольких уточняющих слов, начинающихся с абзаца под ними, прежде чем они могут быть отнесены к данной рубрике:

K36 Другие формы аппендицита

Аппендицит:

- хронический
- рецидивирующий

3.6.3.4. Фигурная скобка «}» – используется при перечислении включенных и исключенных терминов для обозначения того, что ни предшествующие ей, ни расположенные за ней слова, не являются полными терминами.

Н31.1 Дегенерация сосудистой оболочки глаза

Атрофия	}	сосудистой оболочки глаза
Склероз		

3.6.3.5. Аббревиатуры:

- «БДУ» – без дополнительных уточнений:

В26.9 Эпидемический паротит неосложненный

Эпидемический паротит:

- БДУ
- паротит БДУ

- «НКДР» – не классифицированный в других рубриках:

- Термин является частью названия и относится ко всей рубрике:

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках

- Термин относится только к отдельной подрубрике:

В17.8 Другой уточненный острый вирусный гепатит

Гепатит ни А ни В (острый) (вирусный) НКДР

3.6.3.6. Союз «и» в названиях – означает и/или, например:

A18.0 † Туберкулез костей и суставов

подрубрика классифицируется как:

Туберкулез костей; туберкулез суставов; туберкулез костей и суставов

3.6.3.7. Точка тире «. –» заменяет четвертый знак кода подрубрики:

C10 Злокачественное новообразование ротоглотки

Исключено: миндалины (C09. –)

В МКБ-10 имеются рубрики с общими признаками.

К ним относятся:

- рубрики со звездочкой (*)
- рубрики, касающиеся только одного пола
- рубрики последствий болезни
- рубрики нарушений после медицинских процедур

Коды этих рубрик перечислены в МКБ-10 (том 2, 1995, стр. 28-29).

3.7. Структура третьего тома МКБ-10

3.7.1. Указатель содержит «ведущие термины», расположенные в левой колонке и «модифицирующие» (уточняющие) термины, расположенные на разных уровнях отступа под ними:

Пневмония

- аспирационная
- – вызванная
- – – желудочным соком J69.0

Определения, не оказывающие влияния на код, заключены в круглые скобки. Они могут присутствовать или отсутствовать в формулировке.

Кодовые номера, следующие за терминами, относятся к соответствующим рубрикам и подрубрикам. Если код трехзначный, то рубрика не имеет подрубрики. В большинстве случаев подрубрики обозначены. Если вместо 4-го знака стоит тире, это означает, что необходимые подрубрики можно найти и уточнить в полном перечне (1-й том).

3.7.2. Условные обозначения третьего тома:

- «НКДР» – не классифицированный в других рубриках.
- **Перекрестные ссылки:** «см.» (смотри) и «см. также» (смотри также); первая отсылает к другому термину (синониму), вторая – к термину, содержащему дополнительную информацию, отсутствующую под ссылкой.

3.8. Принципы кодирования диагнозов

Для правильного кодирования диагнозов необходимы знания структуры МКБ-10.

Следует помнить, что нельзя пользоваться сокращенными вариантами классификаций. Нельзя использовать перечни, составленные другими врачами, так как они могут содержать множество ошибок. В освоении

классификации и составлении своего перечня желательна помощь специалистов и, прежде всего, врачей-статистиков.

При работе с классификацией следует использовать все три тома. Теоретически возможно, что врач, фельдшер или медицинский статистик найдет правильный код только с помощью первого тома, однако это может занять много времени и привести к ошибкам кодирования.

МКБ-10 рекомендует использовать специальный алгоритм кодирования во избежание ошибок.

3.9. Алгоритм кодирования

Для того чтобы правильно закодировать, или присвоить код той или иной формулировке диагноза, в МКБ-10 существует специальный алгоритм кодирования (МКБ-10, том 2, 1995, стр. 31-32):

- В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, нужно определить формулировку диагноза, подлежащую кодированию.
- В формулировке диагноза нужно определить ведущий нозологический термин и осуществить его поиск в Алфавитном указателе (3 том МКБ-10). В Указателе термин чаще всего отражен в форме существительного. Однако следует помнить, что в качестве ведущих терминов в Указателе встречаются названия некоторых болезненных состояний в форме прилагательного или причастия.
- Найдя в Указателе ведущий нозологический термин, необходимо ознакомиться со всеми примечаниями, расположенными под ним, и руководствоваться ими.
- Далее нужно ознакомиться со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияние на кодовый номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодовый номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в нозологической формулировке диагноза.
- Необходимо внимательно следовать за любыми перекрестными ссылками ("см." и "см. также"), найденными в Указателе.
- Чтобы удостовериться в правильности выбранного в Указателе кодового номера, следует сопоставить его с рубриками 1 тома МКБ-10 и учесть, что трехзначный код в Указателе с тире на месте четвертого знака означает, что в томе 1 можно найти соответствующую подрубрику с четвертым знаком. Дальнейшее дробление таких рубрик с помощью дополнительных знаков кода в Указателе не приводится, и если оно используется, то должно быть указано в томе 1.
- Используя первый том МКБ-10, необходимо руководствоваться всеми включенными или исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.
- Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.

- Важно не забыть про двойное кодирование некоторых состояний (система символов со значками "крестик" и "звездочка"). Коды со "звездочкой" применяются только для специальных целей.

Кодирование для различных разделов медицинской статистики имеет свои особенности.

В госпитальной статистике кодируется только основное заболевание (осложнения основного заболевания, фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни не кодируются).

В амбулаторно-поликлинической статистике кроме основного заболевания кодируются все другие имеющиеся заболевания, кроме осложнений основной болезни.

В случае смерти кодируются все записанные причины смерти, для государственной статистики используется только первоначальная причина смерти, которая иногда не совпадает с формулировкой заключительного клинического или патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза. Коды остальных причин смерти служат основой для анализа по множественным причинам смерти.

Каждый врач использует в своей практике в среднем 20-30 формулировок диагнозов, поэтому для правильного кодирования желательно составить свой перечень наиболее часто применяемых диагнозов и подобрать к ним коды в соответствии с вышеприведенным алгоритмом, используя МКБ-10. В дальнейшем врач сможет использовать этот перечень в своей практической работе, а, если появится необходимость кодирования нового диагноза, необходимо снова обратиться к МКБ-10.

3.10. Медицинская документация и ее анализ

Федеральный закон от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

п. 1. Медицинская организация обязана:

п.п. 11. вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Первичная медицинская документация:

- ведется во всех медицинских организациях;
- необходима для проведения анализа и оценки деятельности медицинской организации;
- служит основанием для решения вопросов организации медицинской помощи и качества ее оказания;
- необходима для фиксирования лечебно-диагностического процесса и контроля за качеством оказания медицинской помощи;

- является юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства) и первичным документом при формировании реестров для оплаты медицинской помощи;
- является основой для формирования государственной статистической отчетности.

3.10.1. Основные правила оформления медицинской документации

- записи в медицинской документации производятся на русском языке, аккуратно, четко, разборчиво, без сокращений, дата осмотра пациента обязательна, запись должна быть подписана врачом (фамилия разборчива);
- все необходимые исправления осуществляются незамедлительно, одним перечеркиванием, подтверждаются подписью и фамилией врача, заполняющего медицинскую документацию;
- допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке;
- диагноз «основного» заболевания должен быть обоснован, т.е. жалобы, анамнез, объективные данные и данные лабораторных и функциональных исследований должны подтверждать диагноз;
- диагноз записывается на русском языке, без сокращений и аббревиатур;
- диагноз должен быть структурирован, т.е. разбит на разделы;
- в качестве диагноза основного заболевания должна быть указана только одна нозологическая единица, дата установления диагноза обязательна;
- медицинские вмешательства должны быть обоснованы;
- должно быть получено согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство;
- недопустимы записи, по которым нельзя оценить динамику состояния здоровья пациента, все лечебные мероприятия должны быть записаны;
- дневники, этапные, посмертные и выписные эпикризы должны быть правильно оформлены и должны содержать конкретную информацию.

3.10.2. Анализ деятельности медицинской организации

Анализ статистической информации является первой и основной стадией управленческого процесса в здравоохранении, определяющего состояние здоровья населения и эффективность всей системы здравоохранения.

С его помощью выявляются конкретные проблемы, определяются приоритеты, ставятся необходимые задачи для более полного и рационального использования кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов.

Принципы статистического анализа:

Научность	Анализ должен соответствовать статистическим законам и использовать достижения современной науки.
Системный подход	Статистический анализ необходимо проводить с учетом всех закономерностей в состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения, то есть изучать все явления в их взаимосвязи и взаимозависимости.
Комплексность	При анализе необходимо учитывать влияние множества различных факторов.
Исследование в динамике	В процессе анализа все явления должны рассматриваться в их развитии, а также при сопоставлении, что позволяет не только понять, но и выяснить причины происходящих изменений.
Выделение основной цели	Важным моментом является постановка задачи анализа и выявление наиболее важных причин, не дающих возможности достижения цели.
Конкретность и практическая полезность	Результаты анализа обязательно должны быть конкретными, т.е. иметь числовое выражение, с определением причин возникновения неблагоприятных тенденций и путей их устранения.

Традиционная система медицинской статистики основана на организации сбора информации с помощью первичной учетной документации, получении данных в виде отчетов, которые составляются в медицинских организациях, а затем сводятся на различных уровнях.

Система отчетов имеет как преимущества (единая программа, сравнение однотипных показателей объемов работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов), так и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость и негибкость программ, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета и т.д.).

В зависимости от используемой информации и времени проведения различают оперативный анализ (на основе ежедневно поступающей информации) и периодический анализ (по установленным периодам времени – ежемесячный, квартальный и т.д.).

По кругу изучаемых вопросов анализ подразделяется на полный и тематический.

На основании сведений, содержащихся в учетных и отчетных формах, разрабатываются всевозможные таблицы, диаграммы, графики.

Графический прием анализа информации является средством иллюстрации процессов работы и исчисления ряда показателей и оформления результатов анализа.

Далее разрабатывается текстовая часть анализа с учетом всей полученной информации.

Схема анализа деятельности медицинской организации и ее ресурсов

- общая характеристика прикрепленной территории
- анализ медико-демографической ситуации
- общая характеристика медицинской организации
- штаты, кадры
- финансово-экономическая деятельность
- состояние здоровья населения (заболеваемость, смертность)
- анализ деятельности поликлиники
- анализ работы дневных и круглосуточных стационаров
- анализ деятельности специализированных и вспомогательных служб
- анализ качества врачебной диагностики
- выводы, предложения, рекомендации

Выводы, предложения, рекомендации:

Форматы представления данных:

- таблицы, графики, диаграммы;
- текстовая часть.

В выводах должны быть отражены и проанализированы:

- основные показатели по подразделениям, службам в динамике, по сравнению с предыдущими годами, темпы прироста/убыли;
- ранжирование по основным показателям по сравнению с другими медицинскими организациями, средне областными (средне республиканскими) и средне российскими показателями.

В заключении должны быть даны конкретные предложения и рекомендации руководителю по устранению негативных тенденций в деятельности медицинской организации

Глава 4. Врачебный диагноз

4.1. Определения

Диагноз – определение существа и особенностей болезни на основе всестороннего исследования больного («Российский энциклопедический словарь»⁶).

Диагноз (греч. *diagnōsis* распознавание) – медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней («Большая Медицинская Энциклопедия»⁷).

Диагноз – это краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме), отклонении в состоянии здоровья обследуемого или о причине смерти.

4.2. Значение диагноза для медицинской практики и статистики

Установление диагноза болезни – самый главный этап в работе врача. Он составляет заключительную часть процесса диагностики. В диагнозе должна быть проявлена врачебная логика, умение формулировать свои мысли, связывать воедино симптомы и синдромы и делать выводы о сущности болезни, ее осложнениях, проявлениях и исходе.

Знание принципов построения и оформления диагноза имеет важнейшее значение для медицинской практики, так как сформулированный диагноз является основанием для выбора методов лечения больного и проведения профилактических мероприятий. От правильности постановки диагноза зависит исход лечения больного.

Правильность, своевременность и обоснованность диагноза в каждом случае заболевания обязательно отражается в основных медицинских документах – Карте, Талоне, Медкарте, Статкарте, свидетельстве и др.

Диагноз должен быть записан в соответствии с установленными требованиями, полностью, аккуратным почерком, без сокращений; если имеются исправления, то они обязательно подтверждаются подписью лечащего врача. Некоторые врачи не придают должного значения правильному и грамотному оформлению диагноза в медицинской документации, что может иметь социальные, организационные, финансовые последствия и даже стать предметом судебного разбирательства.

⁶ <http://www.rubricon.com/qe.asp?qttype=1&id=125&ii=125&srubr=0&fstring=%E4%E8%E0%E3%ED%EE%E7>

⁷ Большая медицинская энциклопедия. – 3-е изд. – М: Советская энциклопедия. Т. 7. 1977.

4.3. Основные виды диагнозов

Основные виды диагнозов:

1. Клинический (прижизненный) – делится на:

- **предварительный** (при недостаточной полноте обследования, его формулировка завершается вопросительным знаком; на этапе внебольничной помощи диагноз может быть симптоматическим или синдромологическим),
- **заключительный**, в нем указывают все выявленные в процессе диагностики заболевания в соответствии с принятыми классификациями, выделяя на первое место основное, а также клинические характеристики (этиология, стадии болезни, степени тяжести, функциональные нарушения и т.д.);

2. Патологоанатомический (посмертный);

3. Судебно-медицинский (прижизненный и посмертный);

Все эти три вида диагнозов должны быть построены по **единому** принципу и должны быть **сопоставимыми**.

Диагноз должен отражать особенности течения заболевания у конкретного пациента, определяемые его возрастом, конституцией и должен включать все имеющиеся болезни, то есть быть «диагнозом больного», а не «диагнозом болезни».

Диагноз может быть ранним, поздним, ретроспективным. Каждый диагноз является дифференциальным.

4.4. Разделы диагнозов (рубрификация)

При формулировании диагноза следует его **рубрифицировать**, то есть разбить на разделы.

Общепризнанными разделами считаются следующие:

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания, которые желательно сгруппировать по степени тяжести;
3. внешняя причина – только при травмах и отравлениях;
4. фоновые и конкурирующие болезни;
5. сопутствующие заболевания.

В соответствии с МКБ-10 «основным» считается то заболевание (травма, отравление), которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти.

При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

Диагноз может включать дополнительно следующие компоненты:

- **этиологический** – указывает на причину болезни, например, вирусная пневмония;
- **патогенетический** – характеризует особенности патогенеза, чаще всего для определения качественных особенностей распознаваемой патологии, например, обструктивный бронхит;
- **морфологический** – отражает сущность патологоанатомических изменений в органах и тканях, иногда совпадающих с номенклатурным определением болезни, например, цирроз печени;
- **функциональный** – информирует о связанных с болезнью нарушениях важнейших физиологических функций, чаще всего с количественной характеристикой функциональной недостаточности по степеням, например, недостаточность кровообращения III ст.

МКБ-10 подразделяет диагнозы на:

- основное заболевание в статистике заболеваемости и первоначальную причину смерти в статистике смертности;
- другие состояния в статистике заболеваемости и прочие важные состояния, способствовавшие смерти в статистике смертности.

В Российской Федерации «другие состояния» клинически подразделяются на: конкурирующие, фоновые и сопутствующие заболевания. Иногда встречается термин «сочетанные» заболевания, которые должны быть конкретно указаны, так как в статистике регистрируется каждое заболевание отдельно. То же относится и к множественным заболеваниям, которые должны быть перечислены.

В «прочие важные состояния, способствовавшие смерти» включают любые состояния из «других состояний», которые, по мнению врача, способствовали смерти.

Следует помнить, что в качестве основного заболевания не могут фигурировать термины «сочетанное» заболевание, «множественные» заболевания. Всегда должно быть выбрано одно «основное» заболевание, или одна «первоначальная причина смерти» в соответствии с правилами МКБ-10.

4.5. Понятие нозологии

В качестве «основного» заболевания должна фигурировать только **одна** определенная нозологическая единица. Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни.

Нозологическая единица - это конкретное заболевание (состояние), обозначенное в МКБ самостоятельной рубрикой (трех- или четырехзначной).

Под **нозологией** понимают раздел патологии, включающий общее **учение о болезни (общая нозология)**, а также изучение причин (этиология), механизмов развития (патогенез) и клинических особенностей отдельных болезней (**частная нозология**), классификацию и номенклатуру болезней.

Формулировка названий болезней должна быть формализована, то есть диагноз (клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский) обязательно должен включать в себя **нозологический компонент (или единицу) в формулировке МКБ-10.**

Это вовсе не означает, что диагноз должен копировать слово в слово статистические формулировки МКБ-10, тогда это будет «диагноз болезни», а не «больного».

Иными словами, **диагноз должен быть достаточным и сформулирован так, чтобы его можно было перевести в международный статистический код**, используемый в дальнейшем для извлечения статистических данных.

МКБ не требует противопоставления клинических формулировок нозологическим, предполагается разумное сочетание обоих компонентов.

4.6. Схема клинического диагноза

Примерная схема клинического диагноза:

1. Формулировка основного заболевания в терминах МКБ-10 (нозологический компонент диагноза).
2. Давность заболевания (острое, подострое, хроническое заболевание);
3. Этиология (если установлена) – бактериальная, вирусная и т.д.;
4. Стадия (фаза) – максимальных проявлений, обратного развития, обострения, ремиссии;
5. Степень тяжести – легкая, средней тяжести, тяжелая, крайне тяжелая;
6. Основные клинические симптомы или синдромы (проявления);
7. Критерии – выраженность и полиморфизм клинических синдромов, функциональное состояние органов и систем, частота рецидивов, эффективность терапии;
8. Степень компенсации нарушенных функций;
9. Осложнения.

Осложнения основного заболевания – это патологические процессы и состояния (симптомы, синдромы, нозологические единицы), патогенетически связанные с основным заболеванием, но формирующие качественно отличные от его главных проявлений клинические синдромы, анатомические и функциональные изменения, например, желудочное кровотечение при язве желудка.

Проявления болезни представляют собой типичные симптомы, характерные для данного заболевания и тесно с ним связанные.

Следует отметить, что в настоящее время нет четкой грани между этими двумя понятиями. Различные авторы иногда расходятся во мнениях по вопросу отнесения тех или иных симптомов или синдромов к проявлениям или осложнениям.

Сопутствующие заболевания – не связаны с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеют иную номенклатурную рубрификацию, то есть относятся к разным рубрикам МКБ.

В медицинской документации должны указываться все имеющиеся у больного сопутствующие заболевания, даже не имеющие никакого отношения к основному заболеванию, что важно для регистрации заболеваемости (отчетная Форма № 12). Желательно их группировать по степени значимости для основного заболевания.

4.7. Устаревшие формулировки диагнозов

МКБ-10 содержит современные формулировки нозологических единиц, принятых на международном уровне. Российская Федерация, перейдя на МКБ-10, подтвердила тем самым свое согласие перехода на новую международную терминологию. МКБ-10 – официальный юридический документ, который каждый врач обязан использовать в своей практике.

Неправильной является попытка ряда специалистов приспособить МКБ-10 к устаревшим терминам, до сих пор еще применяемым в отечественной практике.

Некоторые клинические классификации уже приведены в соответствие с МКБ-10, другие перерабатываются и тоже будут изменены. Старая терминология со временем заменится новой. Этот процесс длительный, но, к сожалению, пока врачи продолжают применять формулировки, не имеющие аналогов в мировой практике.

Одни формулировки устарели (хроническая пневмония, солярит, диатез), другие не определены как самостоятельные нозологические единицы (вегето-сосудистая дистония); и те и другие **не должны** применяться в практике врача. Врачи-статистики и медицинские статистики испытывают значительные затруднения при проверке кодирования, когда встречаются с несуществующими в МКБ-10 терминами. Все это приводит к искажению статистических данных и неправильным выводам о состоянии здоровья популяции.

Если учетная медицинская документация содержит формулировки диагнозов, не соответствующие МКБ-10, то медицинский статистик не имеет права принимать ее в статистическую обработку, и обязан вернуть ее врачу для исправления и приведение в соответствие с МКБ-10.

Глава 5. Статистика смертности

5.1. Понятие смертности и ее значение для системы здравоохранения

Смертность – это убыль населения в связи со смертью («Энциклопедический словарь медицинских терминов»).

Смертность – массовый процесс прекращения индивидуальных жизней, протекающий в населении («Социальная энциклопедия»).

Смертность – важнейший демографический процесс, участвующий в формировании естественного движения населения и влияющий на продолжительность жизни.

Показатель смертности – это число смертей по отношению к численности населения. Различают общие показатели, показатели по причинам смерти, показатели материнской, перинатальной, младенческой, детской смертности.

Более точными по сравнению с общими показателями, являются стандартизованные по возрасту показатели смертности. Они рассчитываются по специальным формулам, при этом чаще используется европейский или мировой стандарт возрастной структуры.

Показатели смертности следует отличать от показателей **летальности**, или смертельности, которые представляют собой число умерших от какой-либо болезни к числу всех болевших этой болезнью, выраженное в процентах.

Уровень показателей смертности зависит от образа жизни каждого человека, от социально-экономических условий, от организации и доступности медицинской помощи.

Уровень показателей смертности используется для определения политики в здравоохранении, для разработки и оценки эффективности программ в области общественного здоровья, для анализа заболеваемости, для изучения структуры смертности и влияний на нее факторов внешней среды.

В современных условиях одной из важных первостепенных задач для экономики является изучение медико-демографических процессов и, прежде всего, смертности, как одного из наиболее надежных и достоверных показателей состояния здоровья населения.

Наиболее резкие отличия структуры смертности населения России, как от развитых, так и от развивающихся стран заключаются в недостоверной статистике смертности, связанной с несоблюдением правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти, а также отсутствием автоматизированных систем кодирования.

Сравнение стандартизованных коэффициентов смертности населения России с другими странами способствует лучшему пониманию природы влияния на смертность уровня жизни населения, поведения людей, распространенности вредных привычек, то есть социально-экономических факторов.

Детальная информация о смертности дает представление о том, от каких болезней чаще всего умирают люди и что необходимо для выработки соответствующих профилактических программ, разработки новых методов диагностики, лечения и реабилитации.

5.2. Регистрация случаев и причин смерти

Регистрация случаев смерти производится в соответствии со статьей 64 Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ (ред. от 02.07.2021).

Информация из свидетельства вводится в Единый государственный реестр ЗАГС, который представляет собой систематизированный свод документированных сведений в электронной форме. Оператором этой федеральной информационной системы, обеспечивающим ее эксплуатацию, является федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору за соблюдением законодательства о налогах и сборах (Федеральная налоговая служба).

После регистрации факта смерти, органы ЗАГС выдают родственникам свидетельство о смерти государственного образца, которое не содержит сведений о причинах смерти.

Предоставление сведений, содержащихся в Едином государственном реестре ЗАГС, производится территориальным органам федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации (Росстат).

В соответствии с пунктом 1 раздела I «Положения о Федеральной службе государственной статистики», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 г. № 420 «Федеральная служба государственной статистики (Росстат) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации, а также в порядке и случаях, установленных законодательством Российской Федерации, по контролю в сфере официального статистического учета».

Таким образом, разработки показателей смертности и причин смерти относятся к полномочиям Росстата.

Разработки по причинам смерти включают распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти (368 групп) – таблицы С51 и смертность населения по причинам смерти (показатели на 100 тыс. населения) – таблица С52. Разработки ведутся также по перинатальной смертности (мертворождения и живорождения), младенческой и материнской смертности, а также по причинам смерти по отдельным классам и рубрикам МКБ-10.

Регионы обеспечиваются Росстатом статистической информацией, как правило, в соответствии с планом Федеральных статистических работ.

5.3. Роль ведомств, участвующих в регистрации причин смерти

В системе регистрации участвуют четыре ведомства, которые осуществляют различные функции в единой системе (Схема 1).

Схема 1



Такая ведомственная разобщенность, когда каждая служба отвечает только за свой участок работы, приводит к отсутствию достоверных разработок причин смерти. Недостоверная информация о смертности, в свою очередь, не позволяет правильно оценить ситуацию, планировать ресурсы здравоохранения и принимать адекватные управленческие решения.

В функции органов здравоохранения входит разработка предложений, направленных на снижение смертности населения, в первую очередь, от предотвратимых причин. Для этого необходимо иметь подробную достоверную информацию обо всех причинах смерти, которой органы управления здравоохранением не располагают, в связи с чем они вынуждены вести свои базы данных.

5.4. Концепция первоначальной причины смерти

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру в Париже в 1948 году.

Первоначальная причина смерти – это:

- **болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти**
- **обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму**

Это определение продиктовано тем, что, выстроив цепь событий, приведших к смерти, можно в ряде случаев повлиять на нее, с целью предотвращения смерти.

В настоящее время мировая статистика смертности основывается только на одной – первоначальной причине смерти, что, к сожалению, не отражает всех механизмов происходящих патологических процессов.

Часто **«первоначальную»** причину смерти путают с непосредственной причиной. В этой связи необходимо помнить, что первоначальная причина смерти – это всегда то **основное заболевание** или **травма** (отравление), от которых наступила смерть.

Необходимо также учесть имеющуюся терминологическую путаницу, которая связана с неправильным переводом. Во втором томе МКБ-10 1995 года на стр. 35 в международной форме медицинского свидетельства о причине смерти **«первоначальная»** причина смерти неправильно переведена как «основная».

Эта ошибка исправлена в учетной форме №106/у-08, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.12.2008 г. №782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» (пункт 19, раздел I, строка в).

Следует отметить, что на этой строке, по правилу МКБ-10 1995 года, обычно записывается **«исходная предшествовавшая причина»**, или **«отправная точка»** по МКБ-10 2016 года. Эта причина всегда находится на нижней заполненной строке части 1 свидетельства.

Что касается **первоначальной** причины смерти, то это причина, которая отбирается для статистической разработки, и она может совпадать с исходной предшествовавшей причиной, а может и не совпадать. В последнем случае она может располагаться и на другой строке свидетельства.

5.5. Медицинское свидетельство о смерти (свидетельство)

Свидетельство заполняется на основании записей в первичной медицинской документации. Последний вариант международной формы свидетельства включен в том 2 МКБ-10 2016 года⁸ (Схема 2).

⁸ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

**Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти
(медицинские данные – часть 1 и 2⁹)**

	Причина смерти*	Промежуток времени между началом патологического состояния и смертью
1 Запишите болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти на строке а) Запишите цепь событий в должном порядке (по возможности) Определите первоначальную причину смерти на самую нижнюю заполненную строку	Непосредственная причина смерти а) вызванная б) вызванная с) вызванная д)	
2 Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, (промежуток времени может быть включен в скобки после состояния) * Сюда не включаются состояния, сопровождающие механизм смерти, такие как сердечная и дыхательная недостаточность. Сюда включают заболевания, травмы и осложнения, которые привели к смерти.		

В Российской Федерации приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.12.2008 г. №782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» было утверждено новое медицинское свидетельство о смерти – учетная форма № 106/у-08, отличавшееся от предыдущего наличием нового раздела: «Промежуток времени между началом патологического состояния и смертью». Кроме того, с 2009 года должны кодироваться все причины смерти, записанные в свидетельстве.

Новая учетная форма № 106/у (Схема 3), утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи», практически не отличается от предыдущей формы. Часть 1 имеет 4 строки: а), б), в) и г). Строки а), б) и в) соответствуют международной форме; строка г) выделена для внешней причины.

⁹ в последней международной форме свидетельства части 1 и 2 обозначаются арабскими цифрами.

Это связано с тем, что в России при травмах и отравлениях используется двойное кодирование и две первоначальные причины смерти, в отличие от других стран, где используется только одна первоначальная причина смерти – внешняя причина. Данное обстоятельство не противоречит МКБ-10, а расширяет возможности анализа причин смерти при травмах и отравлениях.

Так как кодирование в Российской Федерации возложено на врачей, в свидетельстве указывают коды всех записанных состояний, а код первоначальной причины подчеркивают. Это дает возможности анализа по первоначальной и множественным причинам смерти. В остальном медицинская информация (часть 1 и 2) полностью соответствует международной форме свидетельства. Отсутствие в международной форме свидетельства кодов МКБ-10 связано с тем, что врачи освобождены от функции кодирования, которая возложена на кодировщиков.

Схема 3

Пункт 22 свидетельства (учетная форма № 106/у)

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти						
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

5.6. Отбор, кодирование и выбор причин смерти

При оформлении свидетельств для получения достоверной и международно-сопоставимой статистики смертности необходимо соблюдать определенные правила, включающие отбор причин смерти для свидетельства, кодирование всех записанных состояний (кодирование множественных причин смерти) и выбор (классификация) первоначальной причины смерти.

В зарубежных странах функции кодирования и выбора первоначальной причины смерти выполняют кодировщики. В Российской Федерации эти функции возложены на врачей. С целью недопущения ошибок при оформлении свидетельств необходимо правильное заполнение первичной медицинской документации, правильное формулирование посмертного

диагноза и соблюдение правил МКБ-10 по выбору основного состояния и первоначальной причины смерти.

Все это позволит упростить алгоритм отбора причин смерти, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, необходимых для анализа смертности по первоначальной и множественным причинам.

5.6.1. Отбор причин смерти

Отбор причин смерти для свидетельства производится следующим образом. В первичном медицинском документе¹⁰ находят заключительный клинический посмертный диагноз, включающий:

- основное заболевание;
- осложнения основного заболевания;
- внешнюю причину (при травмах и отравлениях);
- конкурирующее заболевание (при наличии);
- фоновое заболевание (при наличии);
- сопутствующие болезни.

Заключительный клинический диагноз выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи, его выбор осуществляется в соответствии с правилом МКБ-10, в соответствии с которым в этом диагнозе «основное состояние определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107).

Кроме основного заболевания в заключительный клинический диагноз входят: осложнения основного заболевания, фоновые и конкурирующие болезни (при наличии), а также сопутствующие болезни.

Основное состояние с осложнениями записывают в части 1 свидетельства, а состояния способствовавшие смерти, или прочие причины – в части 2 свидетельства. В качестве прочих причин смерти из конкурирующих, фоновых и сопутствующих болезней отбирают только те заболевания, которые способствовали смерти, т.е. внесли в нее свой вклад (утяжили состояние пациента и ускорили наступление смерти). При наличии, например, сахарного диабета 2 типа без осложнений, или злокачественного новообразования 1 стадии без метастазов, данные состояния не должны указываться в части 2 свидетельства, так как не способствовали смерти.

При наличии прочих причин, способствовавших смерти, они должны быть обязательно указаны в части 2 свидетельства. Отсутствие прочих причин в свидетельстве при наличии их в первичной медицинской документации должно быть расценено как неправильное заполнение

¹⁰ Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025/у), медицинская карта стационарного больного (учетная форма № 003/у), история развития ребенка (учетная форма № 112/у), история родов (учетная форма № 096/у), история развития новорожденного (учетная форма № 097/у).

свидетельства, так как, во-первых, при экспертной оценке невозможно определить правильность выбора первоначальной причины смерти (указана только одна причина), а, во-вторых, невозможно провести анализ по множественным причинам смерти.

Патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы формулируются по тем же самым правилам, что и заключительные клинические диагнозы. Запись о выдаче медицинского свидетельства о смерти производится в первичной медицинской документации¹¹.

Патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы обязательно должны включать информацию из представленной первичной медицинской документации (при наличии), даже если при вскрытии эти состояния выявлены не были (например, нарушение сердечного ритма и т.д.).

В отдельных случаях может быть использован метод «вербальной аутопсии», рекомендованный ВОЗ¹², о чем делается отметка в первичной медицинской документации.

При отборе причин смерти необходимо обратить внимание на составление последовательности. Первоначальная причина смерти может находиться не только в диагнозе основного заболевания, но и в других видах диагноза (конкурирующее, сопутствующее заболевание и др.). Поиск может начинаться со смертельного осложнения – до нахождения первоначальной причины смерти. В ряде случаев необходимо обращаться к таблицам принятия решений (АСМЕ).

Пример отбора причин смерти из заключительного клинического (патологоанатомического, судебно-медицинского) диагноза.

Заключительный клинический диагноз.

Основное заболевание: Хроническая язва задней стенки желудка в фазе обострения, часто рецидивирующее течение

Осложнения: гиповолемический шок;

тяжелое желудочное кровотечение;

пенетрация в поджелудочную железу;

застойная пневмония

Фоновое заболевание: Артериальная гипертензия

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями. Хронический обструктивный бронхит, обострение.

¹¹ «Протокол патологоанатомического вскрытия» (учетная форма № 013/у, утвержденная приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»; «Акт судебно-медицинского исследования трупа» (учетная форма № 171/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»).

¹² Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: Руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2012.

Из рубрифицированного (разбитого на разделы) диагноза выбирают нозологический компонент МКБ-10 («ключевые слова»): хроническая язва желудка. Диагноз должен быть достаточным и обязательно содержать термины, позволяющие подобрать к нему соответствующую рубрику МКБ-10. Это состояние записывают, как правило, на строке в) части 1 свидетельства.

В первом томе МКБ-10 перед рубрикой K25 содержится информация о том, что в 4-й знак кода язвы желудка входят: острая, хроническая или неуточненная язва с кровотечением и (или) прободением. Это означает, что если эти состояния в диагнозе присутствуют, то их необходимо выбрать обязательно.

Далее из нескольких имеющихся осложнений выбирают только два (для строк а) и б) части 1) наиболее тяжелые, связанные между собой логически: желудочное кровотечение и гиповолемический шок, которые вероятнее всего и привели к смерти.

Записывают формулировки диагнозов в обратной причинной последовательности: основную – на строке в) – хроническая язва желудка с кровотечением, а осложнения в соответствии с последовательностью на строках а) и б) таким образом, чтобы состояние, записанное на строке ниже, являлось причиной возникновения состояния, записанного на строке выше:

I а) гиповолемический шок

б) желудочное кровотечение

в) Хроническая язва желудка с кровотечением

Необходимо отметить, что в свидетельство включаются не все состояния из диагноза, а только те, которые отбираются в качестве причин смерти. Кроме того, на строках свидетельства записывают не всю формулировку диагноза, а только ее нозологический компонент, т.е. те слова, которые влияют на код.

На нижней заполненной строке в соответствии с правилом МКБ-10 записывается основное заболевание в заключительном посмертном диагнозе. При правильном расположении состояний на строках части 1 свидетельства (состояние, записанное на нижней строке является причиной возникновения всех состояний, записанных выше), состояние, записанное на нижней строке выбирается в соответствии с новым алгоритмом в качестве отправной точки¹³.

В данном примере хроническая язва желудка явилась причиной желудочного кровотечения, а кровотечение в свою очередь послужило причиной гиповолемического шока. Хроническая язва желудка, записанная на нижней строке, послужила причиной возникновения всех состояний, записанных выше. Таким образом, логическая последовательность, содержащая эти две причинные взаимосвязи, является правильной.

¹³ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

Далее должен быть применен алгоритм выбора первоначальной причины смерти (шаги SP1-SP8, M1-M4). Условно будем считать, что после его выполнения в качестве первоначальной причины смерти выбираем состояние, записанное на строке в) – хроническая язва желудка.

Далее, используя алгоритм кодирования (см. стр. 33), при котором присваиваем коды всем записанным состояниям. В томе 3 находим «шок гиповолемический» – код **R57.1** и «кровотечение желудочное» – код **K92.2**.

Затем в томе 3 находим язву желудка, но не просто язву желудка, а хроническую и с кровотечением. Используя разные уровни отступа, получаем нужный код – **K25.4**. Теперь сопоставим этот код с рубрикой первого тома, где имеется рубрика **K25**, далее проверяем включенные и исключенные термины. В квадратных скобках находим ссылку на блок – [см. указанные выше подрубрики]. Далее находим блок подрубрик (перед рубрикой K20) и проверяем четырехзначную подрубрику – .4 (хроническая с кровотечением).

Таким образом, найденный код правильный и полностью соответствует нозологическому компоненту формулировки диагноза основного заболевания.

Следует обратить внимание, что желудочное кровотечение входит в состав четвертого знака рубрики K25. Это означает, что рубрика K25.4 соответствует формулировке «Хроническая язва желудка с кровотечением». В данном примере «желудочное кровотечение» записывается также отдельно на строке б), как осложнение язвы желудка. Это делается с целью облегчения выбора осложнений язвы желудка при автоматизированной обработке базы данных для анализа смертности по осложнениям.

Код **K25.4** следует подчеркнуть. Остальные коды указывают напротив каждого записанного состояния без подчеркивания.

Из заболеваний, записанных в других видах диагноза, безусловно, способствовал смерти сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями и хронический обструктивный бронхит, которые включают в часть 2 свидетельства.

В окончательном варианте свидетельство с правильно заполненными строками и графами, приведены в Примере 1.

В этом примере были учтены все необходимые условия: запись только одного состояния на каждой строке, заполнение строк свидетельства сверху вниз, включение в первую часть только одной нозологической единицы, соблюдение последовательности и причинных взаимосвязей, заполнение части 2 свидетельства патологическими состояниями, способствовавшими смерти, но не связанными с ней (сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями, хронический обструктивный бронхит), максимальное использование имеющейся статистической информации о смерти из диагноза.

Пример 1

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гиповолемический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час.	R	5	7	.	1
б) желудочное кровотечение патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	K	9	2	.	2
в) Хроническая язва желудка с кровотечением первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	K	2	5	:	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями Хронический обструктивный бронхит	8 лет 5 лет	E11.2 J44.8				

Необходимо помнить, что в свидетельство включают не все состояния из формулировки диагноза, т.е. п. 22 свидетельства не является копией диагноза из первичной медицинской документации, и должен содержать только самую необходимую информацию о причинах смерти.

Проверка по таблицам принятия решений (ACME)

Правильность указанной причинной взаимосвязи и выбора первоначальной причины смерти подтверждается проверкой по таблицам принятия решений (ACME):

```
0000NC00000001 R571/K922/K254*E112
0000NC00000002 Intentional Reject = '' Place of Inj = ''
0000NC00000003 Is R571 due to K254? YES
0000NC00000004 Is K922 due to K254? YES
0000NC00000005 Select Initial TUC = K254 - GenPrin
0000NC00000006 MANUAL UC: ACME UC: K254
```

При этом ACME анализирует: на строке 3 – может ли код R57.1 (гиповолемический шок) быть следствием кода K25.4 (язва желудка) и дает ответ – да (YES). На строке 4 – может ли код K92.2 (желудочное кровотечение) быть следствием кода K25.4 (язва желудка) и дает ответ – да (YES).

На пятой строке при таком сочетании в соответствии с шагом SP3 ACME выбирает первоначальной причиной смерти (UC) код K25.4 (язва желудка с кровотечением).

Рассмотрим еще один **пример отбора причин смерти** из заключительного клинического (патологоанатомического, судебно-медицинского) диагноза.

Заключительный клинический диагноз.

Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями, тяжелое течение, стадия декомпенсации **E11.7**

Осложнения: гангрена левой стопы;
нефропатия;
хроническая почечная недостаточность;
ретинопатия обоих глаз, пролиферативная стадия;
застойная пневмония

Фоновое заболевание: Артериальная гипертензия

Сопутствующие заболевания: Атеросклеротический кардиосклероз.

Из рубрифицированного диагноза выбирают нозологический компонент МКБ-10 («ключевые слова»): сахарный диабет 2 типа. Диагноз должен быть достаточным и обязательно содержать термины, позволяющие подобрать к нему соответствующую рубрику МКБ-10. Это состояние записывают, как правило, на строке в) части 1 свидетельства.

В первом томе МКБ-10 перед рубрикой E10 содержится информация об осложнениях сахарного диабета, содержащихся в четвертых знаках кода сахарного диабета. При этом, осложнения сахарного диабета в соответствии с МКБ-10 кодируются кодами сахарного диабета с различными четвертыми знаками. Это может быть использовано, если в формулировке диагноза присутствует только одно осложнение, например, диабетическая гангрена, код E14.5.

В статистике смертности при наличии множественных осложнений, данная рекомендация использована быть не может, так как каждое осложнение представляет собой сахарный диабет, кодируемый самостоятельными кодами, а наличие в данном случае трех сахарных диабетов у одного пациента невозможно. Т.е. код сахарного диабета у умершего может быть только один.

Поэтому получения правильных статистических данных об умерших от сахарного диабета следует кодом сахарного диабета обозначать только первоначальную причину смерти, а все осложнения – кодами, точно соответствующими их формулировкам с кодами 3-го тома МКБ-10.

Например:

- кома – R40.2;
- кетоацидоз – E87.2;
- нефропатия – N28.9;
- ретинопатия – H35.0;
- невропатия – G58.9;
- гангрена – R02.X;
- периферическая ангиопатия – I73.9.

Далее из нескольких имеющихся множественных осложнений выбирают только два – для строк а) и б) части 1 – наиболее тяжелые, но в данном случае не связанные между собой логически. Однако данная запись будет соответствовать шагу SP3, при котором состояние, записанное на нижней строке части 1 свидетельства буде являться причиной как осложнения, записанного на строке а), так и осложнения, записанного на строке б).

На строке в) указывают сахарный диабет, его тип и множественные осложнения.

Используя алгоритм кодирования (см. стр. 33), находим коды всех записанных состояний. В окончательном варианте свидетельство с правильно заполненными строками и графами, касающимися причин смерти и кодов МКБ-10, приведены в Примере 2.

Пример 2

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гангрена болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	R	0	2	.	X
б) нефропатия патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 мес.	N	2	8	.	9
в) Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	E	1	1	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз	9 лет 8 лет	I10.X I25.1				

Рассмотрим третий **пример**, когда имеются два заболевания, а осложнение может быть следствием как одного, так и другого заболевания.

При этом поиск причин смерти начинаем с осложнения (непосредственной причины) – хронической почечной недостаточности (N18.9). У умершего имелись 2 заболевания: хронический пиелонефрит (N11.9) и гиперплазия предстательной железы (N40.X). Эти заболевания являются самостоятельными нозологическими единицами.

В данном случае по таблицам принятия решений хроническая почечная недостаточность может быть следствием как хронического пиелонефрита, так и гиперплазии предстательной железы. Однако по проверке по тем же

таблицам, хронический пиелонефрит является следствием гиперплазии предстательной железы.

Поэтому при решении вопроса об отборе причин смерти, необходимо в свидетельство включить и осложнение, и оба заболевания, так как они тесно связаны друг с другом.

Таким образом, в данном случае, первоначальной причиной смерти следует выбрать гиперплазию предстательной железы, как первопричину логической последовательности, а ее следствиями – хронический пиелонефрит и хроническую почечную недостаточность. Т.е. хронический пиелонефрит выступает в роли не самостоятельного заболевания, а следствия другого заболевания – гиперплазии предстательной железы.

Пример 3

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>хроническая почечная недостаточность</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	N	1	8	.	9
б) <u>хронический пиелонефрит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 год	N	1	1	.	9
в) <u>Гиперплазия предстательной железы</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	N	4	0	.	X
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	5 лет	I10.X				

5.6.2. Кодирование

Всем записанным в свидетельстве состояниям необходимо присваивать соответствующий код по МКБ-10. Кодирование производится в соответствии с установленным алгоритмом (см. стр. 32). При несоответствии кода формулировке диагноза заболевания (состояния) или травмы свидетельство считается неправильно оформленным и должно быть возвращено выдавшему его врачу для исправления. Проверка правильности кодирования проверяется специалистом службы медицинской статистики и специалистом медицинской организации, ответственным за кодирование.

Кодирование всех записанных в свидетельстве состояний называется кодированием множественных причин смерти.

5.6.3. Выбор первоначальной причины смерти

В случае правильного заполнения п. 22 свидетельства и соблюдения последовательности событий, приведших к смерти (указание причинной взаимосвязи) в соответствии с шагом SP3, первоначальная причина смерти всегда находится на самой нижней заполненной строке части 1 свидетельства.

Однако чаще всего свидетельство заполняется без соблюдения последовательности и установленных правил, поэтому приходится применять правила выбора первоначальной причины смерти.

Это обстоятельство имеет и другое обоснование, когда в части 2 записано состояние, которое по правилам МКБ-10, должно быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти.

Все издания МКБ-10 на английском языке, включая издание 2010 года содержали ряд правил выбора первоначальной причины смерти, которые применялись кодировщиками по их усмотрению. В издании 2016 года был введен специальный алгоритм выбора первоначальной причины смерти и изменены названия правил.

Таблица 4

Соответствие терминов МКБ-10 до 2016 г. и МКБ-10 2016 г.

МКБ-10, предыдущие издания	МКБ-10, издание 2016 года
Исходная предшествовавшая причина	Отправная точка
Исходная причина	Отправная точка
Правила выбора исходной предшествовавшей причины смерти	Нахождение отправной точки
Общий принцип	Шаг SP3 – Более одной строки используются в Части 1, первая причина на самой нижней строке является причиной всех состояний, записанных выше
Правило 1	Шаг SP4 – Первая причина на самой нижней заполненной строке не является причиной всех записей выше, но последовательность заканчивается терминальным состоянием
Правило 2	Шаг SP5 – В части 1 последовательности нет
Правило 3	Шаг SP6 – Очевидная причина
Правило А. Старость и другие неточно обозначенные состояния	Шаг SP7 – Неточно обозначенные состояния
Правило Б. Банальные состояния	Шаг SP8 – Состояния, маловероятно приводящие к смерти
Правила модификации	Проверка на модификации отправной точки
Правило В. Связанные состояния	Шаг M1 – Специальные инструкции
Правило Г. Специфичность	Шаг M2 – Специфичность
«Когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний»	«Когда записано как причина»
Характер травмы	Основная травма

Соответствие названий правил 2010 года и 2016 года приведены в Таблице 4. Данный алгоритм выбора первоначальной причины смерти сохранится и в МКБ-11.

Раздел 4 «Правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости» второго тома МКБ-10 2016 года содержит информацию для специалистов кодировщиков. В других странах такие специалисты проводят обработку медицинских свидетельств о смерти, их кодирование и выбор первоначальной причины смерти. Эти специалисты, как правило, не имеют медицинского образования и действуют в соответствии с правилами МКБ-10. При этом они не оценивают правильность выбора диагностических формулировок из первичной медицинской документации и их расстановку на строках свидетельства, а используют только представленное свидетельство.

В Российской Федерации эти функции закреплены за врачами. Свидетельство должно быть заполнено правильно, поэтому некоторые правила МКБ-10 окажутся ненужными, например, шаг SP1, при котором в свидетельстве в Части 1 записано только одно состояние. Такие свидетельства без указания логической последовательности считаются неправильно заполненными и не должны выдаваться.

В разделе 4 тома 2 МКБ-10 содержатся также многочисленные примеры, характеризующие только каждое конкретное правило, поэтому их нельзя использовать как примеры правильного заполнения свидетельств.

5.6.4. Порядок заполнения п. 22 «Причины смерти» свидетельства

Порядок заполнения п. 22 «Причины смерти» свидетельства регламентирован приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» и правилами МКБ-10.

Заполнение свидетельства производится следующим образом. В каждом подпункте части 1 указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в).

Для заполнения первых трех строк части 1, как правило, используются коды из классов I-XIX МКБ-10.

Строка подпункта г) части 1 заполняется во всех случаях, когда причиной смерти являются травмы; на этой строке записывают формулировку внешней причины с указанием места происшествия, приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью и код внешней причины из класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» МКБ-10.

Заполнение первых трех строк части 1 пункта 22 свидетельства производится в обратной последовательности к основному состоянию заключительного посмертного диагноза с осложнениями: формулировка основного заболевания (травмы) заносится, как правило, на строку подпункта в) (при наличии двух осложнений) или б) (при наличии одного осложнения).

Затем выбираются 1-2 наиболее тяжелые осложнения, из которых составляют «последовательность» и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины.

При наличии множественных осложнений из разных систем органов, выбирают наиболее тяжелые различные осложнения, соблюдая при этом правило, при котором состояние, записанное на нижней строке должно быть причиной всех состояний, записанных на строках выше.

В части 1 свидетельства может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10. Это касается, прежде всего, острых и терминальных состояний системы кровообращения, которые могут выступать как в качестве самостоятельных заболеваний, так и в качестве осложнений других болезней (инфаркты миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения и др.).

Часть 2 пункта 22 включает прочие причины смерти – это те прочие важные заболевания, или состояния (из фоновых, конкурирующих и сопутствующих заболеваний), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжили основное состояние и ускорили наступление смерти). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, такие как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма, системные заболевания соединительной ткани, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо обязательно включать в часть 2 пункта 22 свидетельства.

Не следует включать в свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как острая сердечная или острая дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 33).

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в свидетельстве кодируют все записанные состояния, включая часть 2. По возможности указываются логическая последовательность и причинные взаимосвязи.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и

подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив соответствующей строки без подчеркивания.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Если начало патологического процесса неизвестно, напротив состояния ставят прочерк или пишут «неизвестно». Сведения о продолжительности болезней необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях). Необходимо также помнить, что, например, при врожденных аномалиях начало патологического процесса совпадает с возрастом умершего(ей).

После заполнения всех необходимых строк пункта 22 свидетельства необходимо присвоить код всем записанным состояниям и выбрать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

С учетом правил МКБ-10 необходимо помнить, что первоначальная причина смерти не всегда располагается на нижней строке части 1 свидетельства.

5.6.5. Основные положения (терминология)¹⁴

Последовательность

Термин «последовательность» отражает последовательность медицинских событий, при которых каждый последующий этап является осложнением или вызван предыдущим.

Это так называемая **правильная** последовательность, в отличие от **неправильной**, когда состояние, записанное ниже не является причиной возникновения состояний, записанных выше.

«Последовательность» представляет связанные между собой звенья патогенеза основного заболевания, являющегося первоначальной причиной смерти. В пределах одного заболевания может быть составлена одна или несколько различных последовательностей.

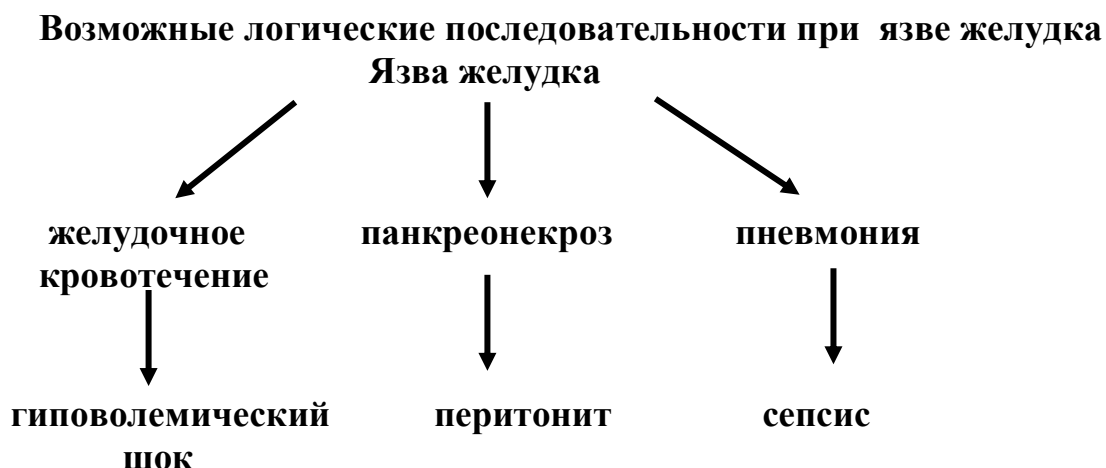
На схеме 4 в качестве примера приведены три последовательности, каждая из которых может быть причиной смерти. Как правило, необходимо выбирать одну, наиболее тяжелую по степени последовательность, приведшую к смерти. При этом следует помнить, что некоторые осложнения или проявления основного заболевания (звенья патогенетической цепочки) входят в состав четырехзначной подрубрики (четвертого знака), поэтому для осуществления правильного кодирования их следует **обязательно** учитывать. В данном примере – это желудочное кровотечение.

Если же ни одно из осложнений не входит в состав 4-го знака, то врач, заполняющий свидетельство, указывает последовательность в зависимости

¹⁴ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

от патогенеза заболевания, по его мнению, имеющую наиболее вероятный механизм смерти в каждом конкретном случае.

Схема 4



Выбор логической последовательности, или «патогенетической цепочки», для записи в свидетельство не простое дело. На сегодняшний день нет четко разработанных рекомендаций и критериев. Во многих случаях приходится руководствоваться врачебной логикой.

Однако следует учитывать, что МКБ-10 не рекомендует включать в патогенетическую цепочку некоторые состояния, которые сопровождают механизм смерти (танатогенез). К ним относятся, например, острая сердечная и острая дыхательная недостаточность, которые наблюдаются у всех умерших.

Последовательность должна быть записана в правильных причинных взаимосвязях.

Так как при правильном заполнении свидетельства, на каждой строке может быть записано только одно состояние, то в свидетельстве может быть указана только одна логическая последовательность.

Причинная взаимосвязь

Причинная взаимосвязь имеется в том случае, если состояние, упомянутое в свидетельстве, было вызвано другим состоянием, также упомянутым в свидетельстве. При этом необязательно, чтобы эти состояния были расположены на соседних строках.

Однако, является ли причинная взаимосвязь приемлемой или нет для кодирования смертности, должно приниматься не только исходя из медицинской оценки, но и принимая во внимание факторы, связанные с общественным здоровьем и здравоохранением. Поэтому причинная взаимосвязь, приемлемая с медицинской точки зрения, может оказаться неприемлемой в инструкциях по кодированию, поскольку более поздние в цепи последовательностей события являются наиболее важными с точки зрения общественного здоровья.

Для принятия решения о том, является ли причинная взаимосвязь приемлемой или нет, необходимо сначала проверить ее на соответствие инструкциям МКБ-10.

Если эта причинная взаимосвязь представляется крайне маловероятной, следует обратиться к международно признанным таблицам принятия решений по кодированию смертности (АСМЕ).

Практически это возможно выполнить с помощью автоматизированной системы, содержащей блок АСМЕ.

Например, необходимо проверить, является ли следствием сахарного диабета острый инфаркт миокарда. Для этого на строку а) вносим код острого инфаркта миокарда передней стенки – I21.0, а на строку б) код сахарного диабета 2 типа, с множественными осложнениями – E11.7.

Результат таблиц принятия решений по кодированию смертности (АСМЕ) для данного случая следующий:

```
0000NC00000001 I210/E117
0000NC00000002 Intentional Reject = '' Place of Inj = ''
0000NC00000003 Is I210 due to E117? YES
0000NC00000004 Select Initial TUC = E117 - GenPrin
0000NC00000005 MANUAL UC:      ACME UC: E117
```

При этом система анализирует (строка 3): может ли код I21.0 (инфаркт) быть следствием кода E11.7 (диабет) и дает ответ – да (YES). На пятой строке при таком сочетании в соответствии с «Общим принципом» (GenPrin), или шагом SP3, АСМЕ выбирает первоначальной причиной смерти (UC) код E11.7 (диабет).

В соответствии с этим правилом МКБ-10, инфаркт миокарда является прямым следствием сахарного диабета и при их сочетании, в качестве первоначальной причины смерти должен быть выбран сахарный диабет.

МКБ-10 обращает внимание, что первоначальную причину смерти всегда следует выбирать по правилам МКБ-10, даже если с медицинской точки зрения это кажется неправильным.

Таблицы принятия решений (АСМЕ) всегда нужно использовать в ситуациях, когда спорна причинная взаимосвязь между двумя состояниями, или, когда записана взаимосвязь двух или трех состояний и необходимо правильно выбрать первоначальную причину смерти.

Продолжительность болезни

В свидетельстве каждое записанное состояние должно включать информацию о продолжительности этого состояния. Продолжительность относится к периоду времени между началом болезни или состояния до времени смерти. Необходимо обратить внимание, что начало болезни не всегда совпадает со временем обращения и постановки диагноза, который может быть установлен как одновременно с развитием состояния, так и позже, с появлением симптомов.

Промежуток времени, указанный на строке выше не может быть больше промежутка времени, указанного на строке ниже.

Терминальная причина смерти

Терминальное состояние – это первый этап процесса умирания (танатогенеза), который включает различные состояния, выбираемые в качестве причин смерти, например, шок, кома.

Терминальные состояния чаще всего записывают на первой строке части 1 свидетельства, как непосредственные причины смерти. Однако, не всегда состояние, записанное на первой строке части 1 свидетельства, является терминальным.

Предварительная отправная точка (ПОТ)

В правильно заполненном свидетельстве состояние, записанное на самой нижней строке первой части, является отправной точкой¹⁵, но если свидетельство заполнено неправильно, отправная точка может располагаться в другом месте. Инструкции о том, как выявить отправную точку в этих случаях, достаточно сложны.

Иногда несколько инструкций должны быть применимы к одному и тому же свидетельству, поэтому очень важно тщательно и пошагово выполнять их, находя отправную точку. На каждом шаге, когда предварительная отправная точка определена, состояние может быть временно расценено как отправная точка, но может быть, что на дальнейших шагах придется от этого отказаться, в связи с тем, что она может располагаться в другом месте. Предварительная отправная точка может смениться несколько раз по мере того, как идет ее поиск в соответствии с инструкциями.

Очевидная причина

Инструкции по кодированию рекомендуют проверять, является ли предварительная отправная точка таковой или очевидно, что смерть вызвана другим состоянием, упомянутым на строке ниже.

Слово «очевидно» крайне важно, поскольку не должно быть никаких сомнений в причинной взаимосвязи между состояниями. Дальнейшие инструкции даны в шаге SP6 «Очевидная причина» и в «Специальных инструкциях по очевидной причине» (Приложение 3).

¹⁵ или «исходной предшествовавшей причиной» (МКБ-10, 1995).

Первая упомянутая последовательность

Неправильно заполненное свидетельство может содержать несколько последовательностей событий, а инструкции по кодированию позволяют найти отправную точку первой упомянутой последовательности.

Для того чтобы найти отправную точку первой упомянутой последовательности, необходимо начать с непосредственной причины смерти (первое упомянутое состояние, указанное на самой верхней строке части 1). Нужно определить, может ли первое состояние, записанное на следующей строке части 1, привести к непосредственной причине смерти. Необходимо продолжать процедуру до тех пор, пока не будет определено состояние, которое в результате последовательной цепочки событий привело к непосредственной причине смерти. Оно и будет новой предварительной отправной точкой последовательности.

Поиска первой упомянутой последовательности можно избежать, если соблюдать правила МКБ-10 и записывать в свидетельстве только одну последовательность.

Первое упомянутое состояние

Некоторые инструкции по кодированию ссылаются на «первое упомянутое состояние». Для определения «первого упомянутого состояния», поиск начинают с верхней строки части 1 свидетельства.

Первоначальная причина смерти

Первоначальная причина смерти – это состояние, отобранное для статистической разработки по единичной причине. В большинстве случаев первоначальная причина смерти – это та же отправная точка. В соответствии с правилами МКБ-10 первоначальная причина смерти не всегда располагается на самой нижней заполненной строке.

При соблюдении правил выбора «основного состояния» в статистике заболеваемости, чаще всего при летальных исходах «основное заболевание» в заключительном клиническом посмертном диагнозе будет совпадать с первоначальной причиной смерти.

Выбор первоначальной причины смерти завершается в конце алгоритма МКБ-10, после проверки всех шагов SP1-SP8, M1-M4.

Модификация причины смерти

Специальные инструкции по кодированию некоторых последовательностей и рубрик МКБ-10 могут оказывать влияние на то, что состояние, не являющееся отправной точкой, выбирается в качестве первоначальной причины смерти для использования в статистике.

В таких случаях код первоначальной причины часто представляет комбинацию отправной точки с другим записанным состоянием, или осложнением или следствием отправной точки, которая имеет особое значение для общественного здоровья и здравоохранения. Процедура, по которой код МКБ-10 для отправной точки заменен другим кодом, называется модификацией.

Это важно для выбора первоначальной причины смерти при сочетании двух или нескольких заболеваний. При этом выбор всегда проводится в соответствии с правилами МКБ-10.

Предварительная первоначальная причина смерти (ПППС)

Несколько специальных инструкций по модификации могут применяться к одному и тому же свидетельству. Если это имеет место, то следует применять эти инструкции пошагово. Код выбранного состояния как результат каждого шага этого процесса, называется предварительной первоначальной причиной смерти.

5.6.6. Танатогенез

Танатогенез (греч. *thanatos* – смерть и *genesis* – происхождение, развитие) – это динамика клинических, биохимических и морфологических изменений в процессе умирания.

Этапы танатогенеза:

1. Терминальное состояние –

- предагональное состояние
- терминальная пауза
- агония
- клиническая смерть

2. Биологическая смерть

В механизме умирания (смерти) различают условно три вида смерти, в зависимости от первичного поражающего фактора: «сердечная», «дыхательная» и «мозговая» смерть (Схема 5).

Так как смерть всех умерших проходит через один из указанных выше механизмов, то включение состояний, входящих во все механизмы смерти, в свидетельство даже в качестве непосредственной причины смерти не рекомендуется МКБ-10.

Виды смерти

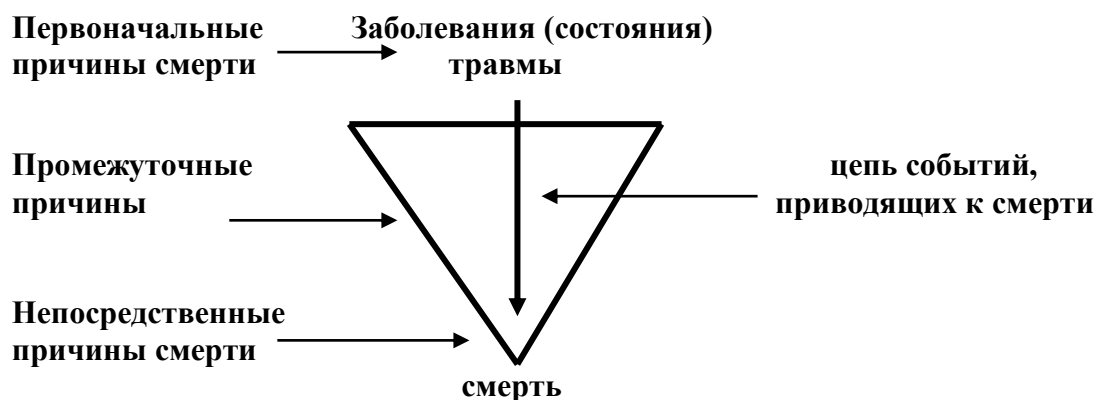
«сердечная»	«дыхательная»	«мозговая»
сердечная недостаточность ↓ остановка сердца (асистолия) ↓ дыхательная недостаточность ↓ остановка дыхания (апноэ) ↓ поражение мозга (кома) ↓ смерть	дыхательная недостаточность ↓ остановка дыхания (апноэ) ↓ сердечная недостаточность ↓ остановка сердца (асистолия) ↓ поражение мозга (кома) ↓ смерть	поражение мозга (кома) ↓ дыхательная недостаточность ↓ остановка дыхания (апноэ) ↓ сердечная недостаточность ↓ остановка сердца (асистолия) ↓ смерть

Существует множество заболеваний и состояний, приводящих к смерти и лишь небольшое число состояний, являющихся непосредственными причинами смерти.

Соотношение первоначальных и непосредственных причин смерти можно схематично представить в виде треугольника (Схема 6). Вершина треугольника показывает, что число непосредственных причин смерти гораздо меньше числа первоначальных.

Схема 6

Соотношение причин смерти



Знание патогенетической цепочки событий необходимо для того, чтобы можно было воздействовать на нее с целью предотвращения смерти.

5.6.7. Заполнение части 1 и 2 свидетельства

Свидетельство должно быть заполнено в строгом соответствии с правилами МКБ-10.

На каждой строке должно быть записано только одно состояние.

В части 1 – только одна нозологическая единица с осложнениями, т.е., только одна последовательность.

Обязательно указание правильных причинных взаимосвязей между двумя состояниями, когда одно состояние, упомянутое в свидетельстве, вызвано другим состоянием, также упомянутым в свидетельстве.

В части 2 записывают прочие причины смерти.

Взаимосвязи должны быть проверены по таблицам принятия решений (АСМЕ), включая часть 2 свидетельства.

Но даже при соблюдении правил заполнения свидетельства, первоначальная причина смерти не всегда будет располагаться на самой нижней заполненной строке свидетельства.

Поэтому всегда должны быть применены правила выбора первоначальной причины смерти, представленные ниже. Следует помнить, что причина смерти, выбранная по этим правилам, не всегда будет соответствовать первоначально определенной причине.

5.6.8. Правила выбора первоначальной причины смерти

При рассмотрении правил выбора первоначальной причины смерти, в томе 2 МКБ-10 приводятся примеры заполнения свидетельств и иногда неправильные варианты. Данные примеры характеризуют конкретные ситуации и их не следует считать примерами правильного заполнения свидетельств.

В томе 2 МКБ-10 содержится информация по выбору причин смерти, предназначенная для кодировщиков. Учитывая, что данная функция в Российской Федерации закреплена за врачами, данный раздел переработан и предназначен для врачей.

Каждое заполненное свидетельство необходимо проверить на правильность выбора первоначальной причины смерти в соответствии с алгоритмом МКБ-10 (том 2, 2016).

Первый этап алгоритма – это нахождение отправной точки (Шаги SP1 – SP8).

Шаг SP1 – Единственная причина в свидетельстве

Если в части 1 или в части 2 свидетельства записана только одна причина смерти, свидетельство считается неправильно заполненным и должно быть возвращено врачу для исправления. Исключение: старость, выбранная в качестве первоначальной причины смерти (R54); неуточненная причина смерти (R99).

Если причин две и более, переходят к шагу SP2.

Шаг SP2 – Только одна строка используется в части 1

На каждой строке свидетельства может быть записано только одно состояние (МКБ-10, 2016, том 2). При записи двух и более состояний на одной строке, свидетельство считается неправильно заполненным и должно быть возвращено врачу для исправления.

Если в свидетельстве заполнено две и более строки в части 1, переходят к шагу SP3.

Таким образом, при правильном заполнении свидетельства (заполнены 2 строки и более в части 1 свидетельства, на каждой строке – только одно состояние) шаги SP1 и SP2 пропускают и переходят сразу к шагу SP3.

Шаг SP3 – более одной строки используется в части 1, причина на самой нижней строке, является причиной всех состояний, записанных выше¹⁶

Свидетельство должно быть заполнено таким образом, чтобы все состояния, расположенные на строке, или строках, выше нижней строки части 1 были вызваны состоянием, расположенным на нижней строке; это состояние является предварительной отправной точкой (ПОТ).

На шаге SP3 нет необходимости **логически** оценивать причинные взаимосвязи между состояниями, записанными на строках выше нижней заполненной строки. Достаточно того, что каждое из состояний на строках выше, может быть следствием состояния, записанного на нижней заполненной строке. Признание причинной взаимосвязи правильной или неправильной может отражать важность для общественного здоровья, а не то, что приемлемо с чисто медицинской точки зрения.

Проверка последовательностей должна проводиться сначала в части 1 свидетельства. Следует помнить, что в части 1 не могут быть указаны две и более последовательности, что противоречит правилам МКБ-10 (на каждой строке записывают только одно состояние). Однако последовательность может включать состояния, записанные в части 2 свидетельства. Такие свидетельства должны быть исправлены.

При правильной записи в части 2 указывают другие состояния, которые не связаны с состоянием, записанным в части 1, но способствовали наступлению смерти.

При наличии сомнения, может ли состояние, написанное на строке ниже быть причиной состояния на строке выше, используют таблицы принятия решений (АСМЕ).

¹⁶ строка г) не учитывается, она используется только для внешней причины при травмах и отравлениях.

На шаге SP3 проверяют причинную взаимосвязь на соответствие «Специальной инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям» (Приложение 2).

Указанные взаимосвязи, которые в ней перечислены должны быть учтены. Всегда необходимо следовать инструкциям, независимо от того, кажутся ли они правильными с медицинской точки зрения или нет. Если взаимосвязь представляется маловероятной, следует обратиться к признанным на международном уровне таблицам принятия решений по кодированию причин смерти (АСМЕ).

Замечания к шагу SP3.

Состояние, записанное в части 1 может быть связано с состоянием, записанным в части 2. Т.е. состояние, записанное в части 1 может являться следствием состояния, записанного в части 2, что проверяется по таблицам принятия решений (АСМЕ).

Например, в части 1 записывают острый инфаркт миокарда, а в части 2 – сахарный диабет 2 типа с осложнениями. При такой записи в качестве ПОТ выбирают сначала острый инфаркт миокарда. Однако, по таблицам принятия решений (АСМЕ) и в соответствии с Приложением 2, острый инфаркт миокарда является следствием сахарного диабета. Такая последовательность в соответствии с правилами МКБ-10 должна быть принята.

После проверки по таблицам принятия решений, такая последовательность должна быть правильно записана, т.е. в части 1 свидетельства, и в качестве ПОТ выбирают сахарный диабет.

Запись инфаркта миокарда в части 1, а сахарного диабета в части 2 является неправильной.

Понятие «первоначальной причины смерти» было принято «с целью обеспечить регистрацию всей связанной со смертью информации, чтобы лицо, заполняющее свидетельство о смерти, не выбирало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению (МКБ-10, том 2, 1995, стр. 33).

Таким образом, все состояния у умершего пациента должны быть отражены в диагнозе, все взаимосвязи должны быть проверены по таблицам принятия решений (АСМЕ) и записаны в правильной логической последовательности.

Следует обращать внимание, что если одно состояние является следствием другого, то оба состояния записывают в части 1 свидетельства, если не являются, то они должны быть записаны в разных частях свидетельства (одно – в части 1, а другое – в части 2).

В примере, указанном выше, сахарный диабет по таблицам принятия решений (АСМЕ) является причиной возникновения острого инфаркта миокарда и должен быть записан вместе с острым инфарктом миокарда в части 1 свидетельства.

Шаг SP4 – Первая причина на самой нижней заполненной строке является причиной всех записей выше, но последовательность заканчивается терминальным состоянием

Шаг SP4 касается ситуации, когда на первой строке части 1 свидетельства записано терминальное состояние. Как и на шаге SP3, при этом, состояние, записанное на самой нижней строке части 1 свидетельства, выбирают в качестве ПОТ, и переходят к шагу SP6.

При правильно заполненном свидетельстве этот шаг можно пропустить.

Шаг SP5 – в части 1 нет последовательности, на строке 1 записано терминальное состояние, которое и выбирают в качестве ПОТ.

Пример:

- 1 (а) Метастазы в печень
- (б) Инфаркт головного мозга
- (в) Атеросклероз аорты
- (г)
- 2 Рак желудка

В данном примере в части 1 нет последовательности (атеросклероз не является причиной метастазов в печень). Таким образом, ПОТ – метастазы в печень. Однако в части 2 записан рак желудка, который и является причиной метастазов в печень.

Такая запись является неправильной и должна быть исправлена на следующем шаге SP6, так как рак желудка является очевидной причиной метастазов в печень:

- 1 (а) Метастазы в печень
- (б) Инфаркт головного мозга
- (в) Рак желудка
- (г)
- 2 Атеросклероз аорты

При правильно заполненном свидетельстве этот шаг также можно пропустить.

Таким образом, после шага SP3 переходим к шагу SP6.

Шаг SP6 – Очевидная причина

На этом шаге проверяется, не записано ли в части 1 или 2 другое состояние, которое явилось очевидной причиной ПОТ.

«Очевидная причина» означает, что не должно быть никаких сомнений в том, что предварительная отправная точка была вызвана другим состоянием, указанным в свидетельстве.

Если существует несколько состояний, которые могут быть очевидными причинами предварительной отправной точки, выбирают первое упомянутое состояние.

Далее проверяют «Специальные инструкции по очевидной причине» (Приложение 3). При этом обращают внимание, что признание или непризнание состояния Б очевидной причиной состояния А может отражать важность для общественного здоровья, а не то, что может быть признано или не признано с чисто медицинской точки зрения. Поэтому всегда необходимо следовать инструкциям, независимо от того, кажутся ли они правильными или неправильными с медицинской точки зрения.

Таким образом, если одно из двух состояний в посмертном диагнозе является очевидной причиной другого, то такая причинная взаимосвязь должна быть принята.

В свидетельстве причинная взаимосвязь должна быть правильно указана – в части 1 свидетельства.

Шаг SP7 – неточно обозначенные состояния

Далее переходят к шагу SP7 и проверяют, указана ли ПОТ в таблице неточно обозначенных состояний (Приложение 4. «Перечень неточно обозначенных состояний»). При наличии в отобранных причинах неточно обозначенного состояния, руководствуются Приложением 4. Если же ПОТ не является неточно обозначенным состоянием, переходят к шагу SP8.

Шаг SP8 – состояния, маловероятно приводящие к смерти

На этом шаге проверяют, записана ли ПОТ в Перечне состояний, маловероятно приводящих к смерти (Приложение 5).

Если предварительная отправная точка и (или) другие, записанные в свидетельстве состояния, находятся в Перечне состояний, маловероятно приводящих к смерти, переходят к шагу M1.

Если в свидетельстве записаны другие состояния, которые не являются маловероятно приводящими к смерти, сначала проверяют, была ли смерть вызвана реакцией на лечение состояния маловероятно приводящего к смерти, которое было выбрано в качестве предварительной отправной точки.

В любом случае, была или не была вызвана смерть этой реакцией на лечение, переходят к шагу M1.

Шаг M1 – специальные инструкции по взаимосвязям и другим положениям

Специальные инструкции представлены в приложении 6.

В Приложении 6 предварительная первоначальная причина смерти (ПППС) указана в левой колонке. Если применяются состояния, указанные в правой колонке, указывают код, выделенный жирным шрифтом, как новую ПППС.

Имеются два типа комбинаций рубрик:

- «с упоминанием о» – означает, что другое состояние может располагаться в любом месте свидетельства;

- «когда записана как причина» – означает, что другое состояние должно находиться в правильной причинной взаимосвязи или иным образом указано как следствие предварительной первоначальной причины.

При этом, если комбинация причин смерти содержится в Приложении 6, она должна быть учтена при выборе ПППС.

Далее переходят к шагу M2.

Шаг M2 – специфичность

Если ПППС описывает состояние в общих чертах, а в свидетельстве записан термин, более точно определяющий локализацию или характер этого состояния, этот более информативный термин и является новой ПППС.

Далее проверяют, может ли эта новая ПППС быть уточнена еще больше другими терминами в свидетельстве. То есть повторно применяют шаг M2, пока не будет найдена ПППС, которая больше уточнена быть уже не может.

Шаг M3 – повторная проверка шагов SP6, M1 и M2

Шаг M4 – Инструкции по медицинским процедурам, отравлениям, основной травме и материнской смертности

Если выбранная предварительная первоначальная причина смерти является хирургической операцией или другой медицинской процедурой, необходимо применить «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (Приложение 7).

Если в течение 4-х недель после хирургической операции или другой медицинской процедуры у пациента возникли осложнения, перечисленные в Приложении 8, причиной смерти считают операцию, а в качестве первоначальной причины смерти выбирают то заболевание, по поводу которого была проведена операция.

Если выбранная предварительная первоначальная причина смерти является травмой, необходимо применить «Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин» (Приложение 9).

Если выбранная предварительная первоначальная причина смерти является отравлением, необходимо применить «Специальные инструкции по отравлениям лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (Приложение 10).

Если умершей явилась женщина и в свидетельстве записана беременность, деторождение или послеродовой период, необходимо применить «Специальные инструкции по материнской смертности» (Приложение 11).

После прохождения всех шагов алгоритма, должна быть окончательно выбрана первоначальная причина смерти.

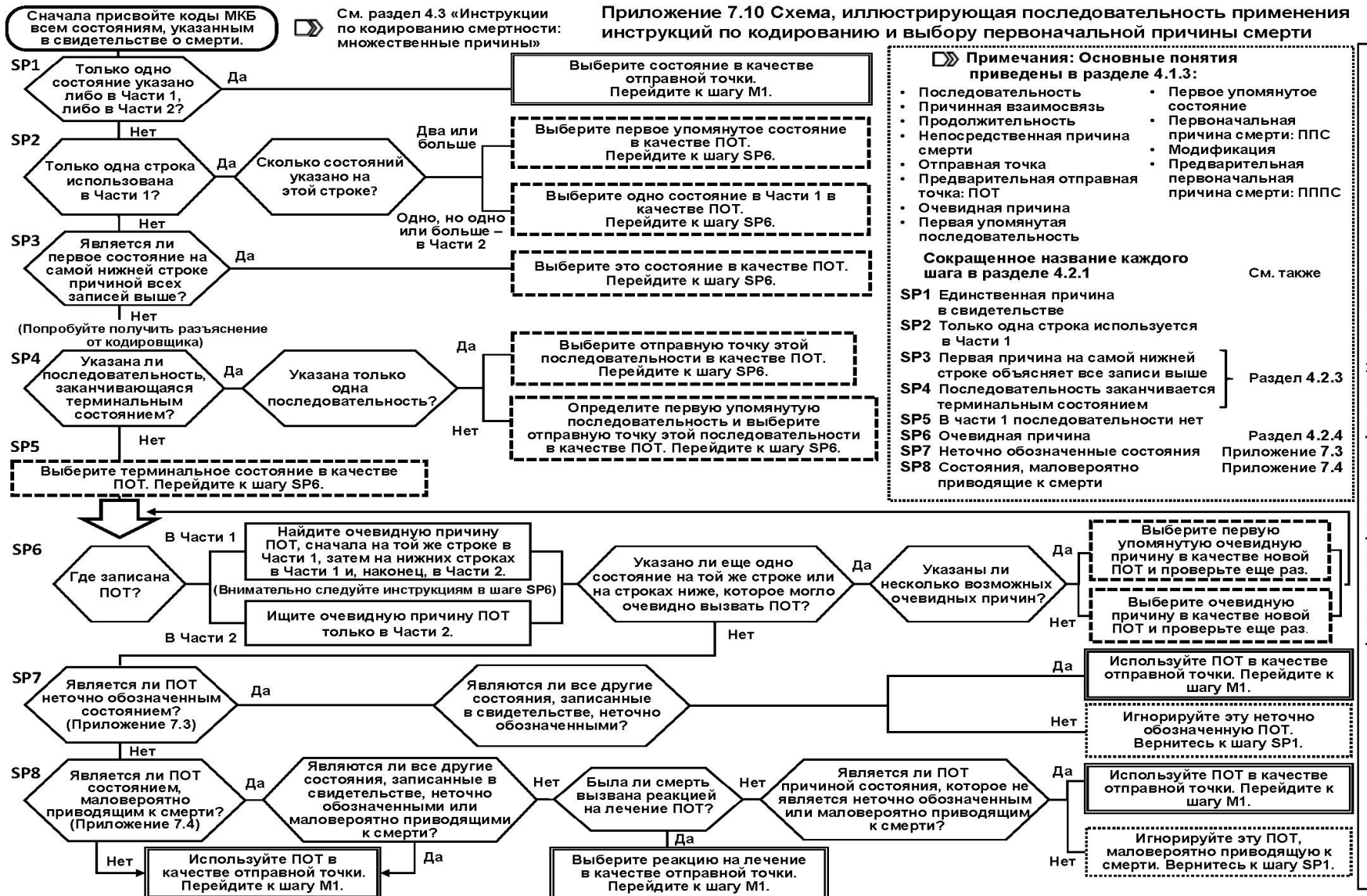
Следует обратить внимание, что к каждому свидетельству должен быть применен весь алгоритм выбора первоначальной причины смерти.

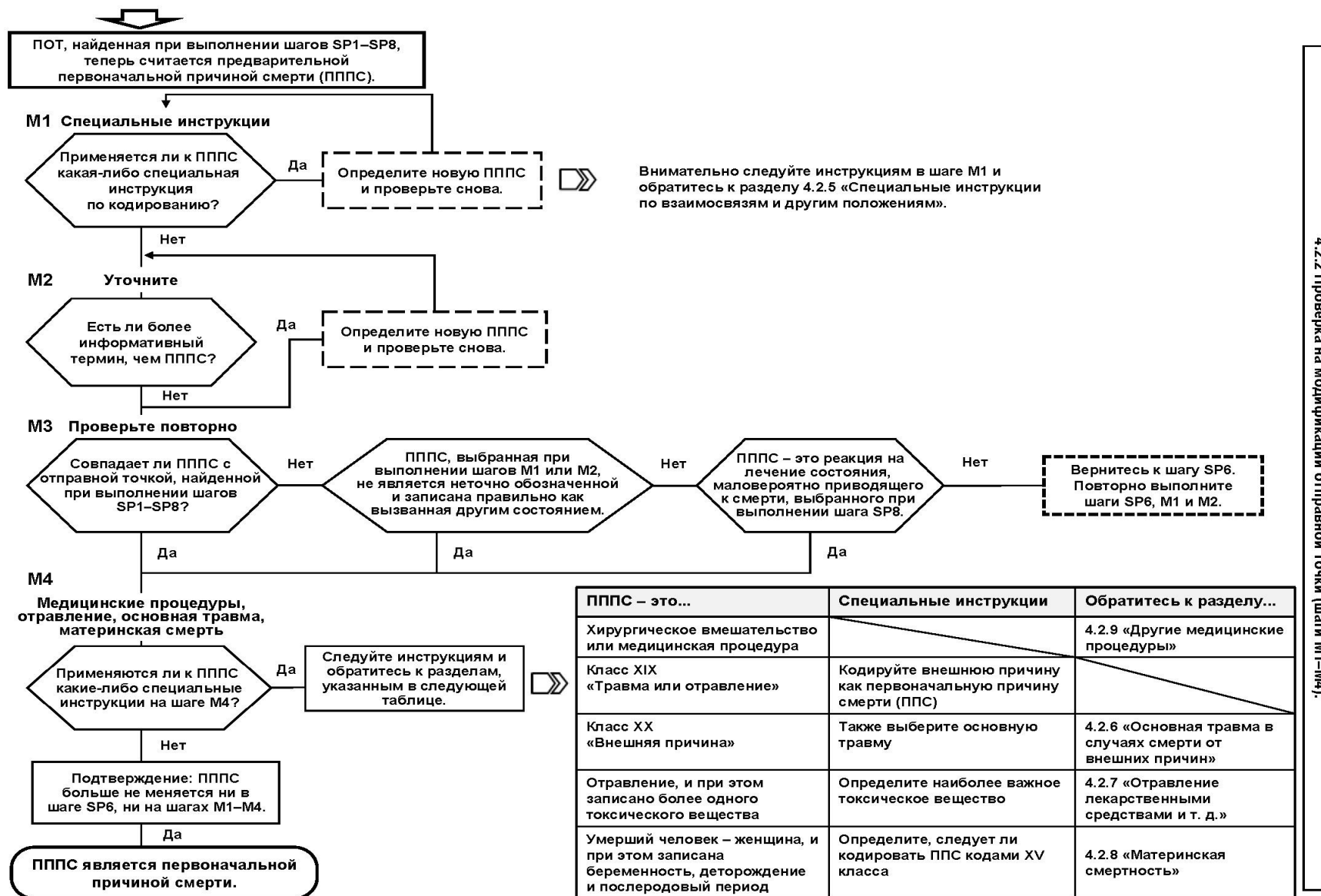
Алгоритм выбора первоначальной причины смерти представлен на Схеме 7.

Свидетельство должно быть проверено лицом, ответственным за кодирование в медицинской организации, подписано, заверено печатью и выдано на руки родственникам.

Схема 7

Приложение 7.10 Схема, иллюстрирующая последовательность применения инструкций по кодированию и выбору первоначальной причины смерти





5.7. Примеры правильного заполнения свидетельств

Пример 4

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кандидозная пневмония</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	В	3	7	.	1
б) <u>неходжкинская лимфома</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 мес.	С	8	2	.	9
в) <u>Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных болезней</u> первоначальная причина смерти указывается последней	7 мес.	В	2	2	.	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пиелонефрит Синдром зависимости от опиоидов	8 мес. 1 год	N11.9 F11.2				

Пример 5

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
б) <u>печеночная кома</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	К	7	2	.	9
в) <u>энцефалопатия</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 мес.	G	9	3	.	4
г) <u>Цирроз печени</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	2 года	К	7	4	.	6
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет 8 лет	I10.X I 25.1				

Пример 6

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>стафилококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	A	4	1	.	2
б) <u>долевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 нед.	J	1	8	.	1
в) <u>Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	F	1	0	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	8 лет 10 лет	J44.8 I25.1				

Пример 7

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>почечная недостаточность хроническая</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	N	1	8	.	9
б) <u>гангрена</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 мес.	R	0	2	.	X
в) <u>Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	15 лет 10 лет	I25.1 I10.X				

Пример 8

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 год	I	4	8	.	9
в) <u>Ревматический эндокардит митрального и</u> <u>болезнь трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	0	8	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Постинфарктный кардиосклероз	8 лет 5 лет	I10.X I25.8				

Пример 9

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>метастазы в печень</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	C	7	8	.	7
б) <u>метастазы в головной мозг</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 мес.	C	7	9	.	3
в) <u>Рак левой молочной железы, выходящий за</u> <u>пределы одной локализации</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 года	C	5	0	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	6 лет	I25.1				

Пример 10

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) гиповолемический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	15 мин.	R	5	7	.	1	
б) Кровотечение, осложнившее операцию патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	25 мин.	T	8	1	:	0	
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней							
г) Кровотечение при проведении хирургической операции внешняя причина при травмах и отравлениях	25 мин.	Y	6	0	:	0	
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертрофия миндалин Операция: Тонзилэктомия (дата)	6 мес.	J35.1					

Пример 11

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) кардиогенный шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	R	5	7	.	0	
б) острый инфаркт миокарда передней стенки патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 дней	I	2	1	.	0	
в) Бронхиальная астма аллергическая первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	J	4	5	:	0	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет 8 лет	I11.0 I25.1					

5.8. Неопределенность причин смерти

Если используется выражение «или ... или ...», или синоним выражения, обозначающий, что смерть наступила в результате или одной причины смерти или другой, применяются следующие инструкции.

5.8.1. Одно состояние, либо одна локализация, либо другая

а) Кодируют остаточную рубрику для группы или анатомической системы, в которой записаны классифицированные локализации.

Пример 1: I (а) Рак почки или мочевого пузыря

Кодируют злокачественное новообразование мочевого органа неуточненное (C68.9).

б) Если указанные локализации находятся в различных анатомических системах или если нет остаточной рубрики для группы или анатомической системы, кодируют остаточную рубрику для конкретного заболевания или состояния.

Пример 2: I (а) Рак надпочечника и почки

Кодируют злокачественное новообразование, неуточненной локализации (C80.9), так как надпочечники и почка относятся к разным анатомическим системам.

5.8.2. Одна локализация или система, либо одно состояние, либо другое

а) Если указаны состояния, классифицированные в различных четырехзначных подрубриках одной и той же трехзначной рубрики, кодируют четырехзначную подрубрику как «неуточненную».

Пример 3: I (а) Атеросклеротическая болезнь сердца или аневризма коронарной артерии

Кодируют хроническую ишемическую болезнь сердца, неуточненную (I25.9).

б) Если указанные состояния классифицируются в различных трехзначных рубриках, но МКБ-10 имеет остаточную рубрику для заболевания в целом, кодируют остаточную рубрику.

Пример 4: I (а) Инфаркт миокарда или аневризма коронарной артерии

Кодируют остаточную рубрику для ишемической болезни сердца (I25.9).

в) Если указанные состояния классифицируются в различных трехзначных рубриках, и нет остаточной категории для заболевания в целом, кодируют остаточную рубрику, связанную с болезнью в анатомической локализации (системе).

Пример 5: I (a) Туберкулез или рак легкого

Кодируют другие поражения легкого (J98.4). Оба состояния включают одну локализацию – легкое.

Пример 6: I (a) Инсульт или сердечный приступ

Кодируют другие и неуточненные нарушения системы кровообращения (I99). Оба состояния находятся в системе кровообращения.

5.8.3. Или одно состояние или другое, или одна локализация или другая

Когда разные заболевания в различных анатомических системах указаны как «или... или», кодируют другие уточненные общие симптомы и признаки (R68.8).

Пример 7: I (a) Колика желчного пузыря или коронарный тромбоз

Кодируют другие уточненные общие симптомы и признаки (R68.8).

5.8.4. Болезнь или травма

Когда смерть указана как следствие или заболевания, или травмы, кодируют неточно обозначенные и неопределенные причины смерти (R99).

Пример 8: I (a) Закупорка коронарной артерии или военная травма

Кодируют неточно обозначенные и неопределенные причины смерти (R99).

5.9. Коды, не используемые для кодирования первоначальной причины смерти («запрещенные коды»)

В МКБ-10 определены коды, не используемые для кодирования первоначальной причины смерти, или так называемые «запрещенные коды» (Приложение 1).

Следует помнить также, что в качестве первоначальной причины смерти нельзя использовать коды со звездочкой (*), рубрики которых приведены в МКБ-10, том 2, стр. 28.

Использование неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти, в статистике смертности было рассмотрено в разделе 5.6.8.

5.10. Младенческая смертность, определение, показатели

5.10.1. Младенческая смертность – это смертность детей от момента рождения до одного года.

В соответствии с МКБ-10 показатель младенческой смертности рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей умерших в возрасте до года}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

5.10.2. Младенческая смертность подразделяется на:

- неонатальную смертность – от момента рождения до 28 дней (включает раннюю неонатальную смертность – в период 0-6 суток, или 168 час., и позднюю неонатальную смертность – в период 7-27 суток);
- постнеонатальную смертность – от 28 дней жизни до 1 года.

5.10.3. Показатель неонатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей умерших в возрасте 0-27 суток}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

5.10.4. Показатель ранней неонатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей умерших в возрасте 0-6 суток}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

5.10.5. Показатель поздней неонатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей умерших в возрасте 7-27 суток}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

5.10.6. Показатель постнеонатальной смертности рассчитывается по формуле:

$$\frac{\text{Число детей умерших в возрасте от 28 суток до года}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

5.10.7. Удостоверение случаев младенческой смертности

5.10.7.1. В случае ранней неонатальной смерти, т.е. смерти новорожденного в период от момента рождения до 7 суток (6 полных суток, или 168 часов) выдается «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (учетная форма № 106-2/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 г. № 352н). Заполнение этого свидетельства имеет свои особенности.

Для кодирования причин смерти новорожденного используют преимущественно коды R05-R96 XVI класса «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» и коды Q00-Q99 XVII класса «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения», но допускается использование и других кодов, кроме R00-R04, с учетом правил и положений МКБ-10.

5.10.7.2. В случае смерти новорожденного в период от 7 суток и старше выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106-2/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 г. № 352н).

Для кодирования причин смерти, наступившей в период от 7 суток до 1 года, следует помнить, что многие заболевания начинались еще в перинатальном периоде, поэтому использование кодов R05-R96 XVI класса «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» и кодов Q00-Q99 XVII класса «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» является правомочным. Однако можно использовать и любые другие коды, кроме R00-R04, «запрещенных кодов» и других в соответствии с правилами МКБ-10.

Заполнение свидетельства должно производиться с указанием логической последовательности и выбором первоначальной причины смерти в соответствии с установленными правилами¹⁷.

¹⁷ МКБ-10, 1995, том 2, стр. 99-106

Глава 6. Автоматизированные системы в статистике смертности

Систему регистрации и статистику смертности в России пока нельзя признать удовлетворительной и достоверной: свидетельства заполняются ручным способом, имеются многочисленные ошибки при отборе причин смерти, выборе первоначальной причины смерти и ее кодировании, связанные с передачей этой функции врачам, не налажена система подготовки врачей по правильному заполнению свидетельств.

Коренное изменение ситуации невозможно без применения новых компьютерных технологий, позволяющих обеспечить мониторинг смертности, снижение затрат, повышение качества, оперативности и достоверности статистической информации.

6.1. Опыт использования автоматизированных систем в других странах

Все зарубежные автоматизированные системы регистрации смертности, используемые в настоящее время, имеют свои национальные особенности. Самый большой опыт использования автоматизированной системы кодирования и выбора первоначальной причины смерти имеют США. Американская система была разработана в 1968 году и включает 4 компонента:

- блок автоматизированной обработки ввода данных и медицинских причин смерти (SuperMICAR);
- блок автоматизированного кодирования множественных причин смерти с присвоением кодов каждой записи (MICAR);
- блок автоматического выбора первоначальной причины смерти (ACME);
- блок получения данных по множественным причинам смерти (TRANSAX).

К сожалению, эта система на сегодняшний день не удовлетворяет всем необходимым международным требованиям: она имеет обезличенный ввод, при котором вводится только часть информации из свидетельства; справочник медицинских терминов на английском языке, не позволяющий его использовать в неанглоязычных странах; данные из свидетельства, в том числе диагнозы, набираются вручную оператором, а не выбираются из справочника; система не имеет встроенного блока статистического анализа.

Все это не позволяет использовать эту систему в целом. Поэтому многие зарубежные страны создают свои автоматизированные системы регистрации смертности. Они, используя в качестве базовой американскую систему, берут из нее, в основном, блок ACME, который содержит алгоритм выбора первоначальной причины смерти МКБ-10.

Все системы в том или ином виде имеют блоки ввода, свои справочники на национальном языке, блок выбора первоначальной причины смерти. Результат обработки свидетельств автоматизированными системами колеблется в пределах от 70% до 95%, отвергнутые системой свидетельства обрабатываются вручную специалистами-кодировщиками, называемыми нозологами; их специально готовят в едином центре международных статистических классификаций в Северной Каролине (США).

6.2. Автоматизированная система в России

В Тульской области в 2000 году отечественная автоматизированная система для обеспечения мониторинга смертности впервые была создана в рамках международного проекта «Усовершенствование сбора и использования статистических данных о смертности населения в Российской Федерации» по инициативе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации» Минздрава Российской Федерации, поддержанного Национальным центром статистики здравоохранения США (NCHS).

Компьютерная автоматизированная система была установлена во всех медицинских организациях Тульской области. Структура ее представлена на схеме 8.

Программа позволяет:

1. Упростить ввод информации о смерти с применением полу-автоматизированного способа в соответствии с учетной формой № 106/у-08.

С помощью программы осуществляется ввод статистической информации врачом или специально обученным оператором двумя способами:

- Из первичной медицинской документации (посмертный эпикриз из медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента, протокола патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия и др.);
- Из копии свидетельства после оформления его ручным способом на бумажном носителе и выданного на руки родственникам.

Далее осуществляется ввод необходимой информации в компьютерную автоматизированную систему. Для удобства пользователя, форма ввода имеет ту же последовательность и нумерацию полей, что и бумажный носитель – «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08).

Программа для облегчения процесса ввода часто повторяющихся данных, позволяет либо вводить их по умолчанию, либо максимально использовать выбор из имеющихся справочников.

Основным является справочник синонимов с кодами по МКБ-10, который включает наиболее часто встречаемые формулировки диагнозов, используемые практическими врачами, с возможностью пополнения на уровне субъекта Российской Федерации.

Справочник позволяет производить автоматизированный ввод диагнозов двумя способами:

- Пользователь, осуществляя ввод причин смерти, сначала обращается к справочнику синонимов, набирая первые буквы словесной формулировки диагноза, как правило, по существительному, при помощи клавиш или мыши производится выбор требуемой записи. Одновременно автоматически вставляется соответствующий код МКБ-10 в соседнее поле.
- Можно использовать справочник синонимов со средствами поиска, отдельно по коду и по формулировке, для поиска и выбора нужного диагноза.

Схема 8

Автоматизированная система регистрации смертности

(на основе уч. формы №106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти»)



Кроме того, пользователь имеет также возможность произвести набор любого состояния ручным способом в собственной формулировке. Такие диагнозы отслеживаются при тестировании программы и вносятся в справочник централизованно на уровне субъекта Российской Федерации.

2. Производить автоматическое кодирование всех выбранных из справочника заболеваний (состояний), приведших к смерти и способствовавших ей (раздел II), что освобождает врача от функции кодирования причин смерти.

3. Производить «замену строк» с целью достижения правильного заполнения свидетельства». При этом в ряде случаев система при неправильном расположении причин смерти на строках Свидетельства, может автоматически переставлять их в правильном порядке для восстановления логической последовательности.

4. Производить автоматический выбор первоначальной причины смерти с использованием специального блока АСМЕ американской автоматизированной системы.

Для этого необходимо произвести правильное заполнение всех необходимых строк п.22 свидетельства. При соблюдении этих условий система позволяет произвести выбор первоначальной причины смерти в 96-99% случаев.

Если система не смогла выбрать первоначальную причину смерти, врач должен пересмотреть порядок заполнения строк свидетельства либо самостоятельно, либо с помощью блока «Замена строк», и с помощью автоматизированной системы произвести выбор первоначальной причины смерти повторно.

5. Автоматически выявлять ошибки различных типов с выводением протокола с их перечнем и производить тестирование базы данных и исправление следующих ошибок непосредственно из текущей формы:

5.1.Ошибки ввода.

5.2.Ошибки кодирования.

5.2.1.Коды со звездочкой «*» – не применяются в статистике для кодирования причин смерти, используются только для дополнительных статистических разработок;

5.2.2.Рубрики, касающиеся только одного пола – проверяется их соответствие полу умершего;

5.2.3.Коды, не используемые для кодирования первоначальной причины смерти – так называемые «запрещенные коды»;

5.2.4.Коды травм (отравлений), не соответствующие внешним причинам.

6. Распечатывать свидетельство на принтере после проверки и верификации.

После заполнения всех пунктов свидетельства, выбора первоначальной причины смерти и исправления ошибок, свидетельство может быть распечатано на принтере, подписано врачом, заверено печатью медицинской организации и выдано на руки родственникам.

7. Формировать различные базы данных за любой выбранный период времени в соответствии с условиями отбора для проведения анализа.

8. Проводить анализ базы данных за любой промежуток времени, по каждой медицинской организации или территории в целом с выдачей различных статистических таблиц, графиков и диаграмм по стандартным и гибким запросам.

Форматы предоставления статистических данных включают:

8.1. Выборку по гибким запросам любых одиночных цифровых данных по 18 различным условиям отбора полей свидетельства с расшифровкой совпадений по каждому задаваемому условию.

8.2. Таблицы в разрезе возрастной структуры населения в соответствии с рекомендациями МКБ-10 по классам болезней. Таблицы выдаются в абсолютных цифрах и в относительных показателях на 1000 населения. Используя систему гибких запросов, отмечая любые необходимые из 14 условий отбора, можно получать множество разнообразных таблиц в зависимости от поставленных задач.

8.3. Графики и диаграммы по всем данным, представленным в таблицах в абсолютных цифрах и относительных показателях.

8.4. Экспресс-выборку, где за счет встроенных средств можно преобразовывать таблицу, исключая столбцы, и многократно фильтровать данные в соответствии с условиями отбора.

8.5. Фиксированные таблицы по территориям с использованием системы выбора отображаемых столбцов.

8.6. Определение качества прижизненной и посмертной диагностики в территориях и по кодам МКБ-10. Система позволяет получить таблицу, в которой в процентах по основным нозологическим единицам определяется количество неуточненных диагнозов. Выборка может быть по любой территории и любой медицинской организации. Таблицы дают возможность оценки качества посмертной диагностики.

8.7. Выборку и таблицы для проведения анализа по множественным причинам, в том числе, и по указанным в части 2 свидетельства.

После ввода и верификации данных свидетельства в электронном виде остаются в базе данных компьютера, образуя регистр для проведения долговременного мониторинга смертности.

Таким образом, автоматизированная система существенно облегчает весь процесс оформления свидетельств, освобождая тем самым врача от функций кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

Режимы «замены строк» и автоматического выбора первоначальной причины смерти могут быть использованы для обучения врачей правильному заполнению свидетельств.

6.3. Ошибки и пути их устранения

6.3.1. Ошибки заполнения пункта 22 свидетельства

Ошибки, которые в большинстве случаев наблюдаются при заполнении п.22 свидетельства ручным способом, можно разделить на 3 группы:

- Ошибки заполнения свидетельства
- Ошибки ручного кодирования причин смерти
- Ошибки выбора первоначальной причины смерти

К **ошибкам заполнения** относятся: несоответствие кода патологическому состоянию, запись 2-х и более состояний в одной строке, пустая 1-я или 2-я строка при наличии заполненной третьей, применение «запрещенных» кодов, кодов со звездочкой (*), отсутствие логической последовательности, отсутствие записи промежутка времени между началом патологического процесса и смертью, запись первоначальной причины в части 2 свидетельства, не заверенные исправления и более 2-х исправлений в одном свидетельстве.

К **ошибкам ручного кодирования** относятся: отсутствие кода, отсутствие 4-го знака или неправильный 4-й знак, неправильный трехзначный код.

Ошибкой выбора первоначальной причины чаще всего является выбор непосредственной или промежуточной причины смерти вместо первоначальной, что связано с незнанием инструкций и правил МКБ-10.

Анализ врачебных ошибок при ручном заполнении свидетельств до и после проведения обучения врачей, проведенный путем случайного выборочного исследования базы данных по смертности в одном из субъектов Российской Федерации в 2000 - 2003 годах, приведен в Таблице 5.

1. Ошибки ручного заполнения свидетельств уменьшились с 23,6% до 12,4% (если применяется автоматизированная система, то ошибки выявляются автоматически и исправляются врачом или кодировщиком в процессе заполнения свидетельства).

2. Ошибки, при которых не соблюдается «логическая последовательность», могут быть исправлены:

- предварительным обучением врачей;
- вручную или автоматически при помощи специального блока «замены строк» автоматизированной программы врачом или кодировщиком.

3. Ошибки ручного кодирования причин смерти уменьшились с 41,6% до 17,4% (при применении автоматизированной системы такие ошибки отсутствуют, так как кодирование всех введенных причин осуществляется автоматически).

4. Ошибки ручного выбора первоначальной причины смерти уменьшились с 15,4% до 7,0% (при использовании автоматизированной системы, первоначальная причина смерти выбирается автоматически и при правильном заполнении свидетельства ошибка может составить 1–4%).

**Экспертная оценка ошибок
в «Медицинских свидетельствах о смерти»
(Тульская область)**

№ п/п	Классификация ошибок	2000 г.		2003 г.		Темп прироста (убыли), %
		Кол-во	Доля в %	Кол-во	Доля в %	
1.	Ошибки заполнения	132	23,6	72	12,4	-47,5
	- не заполнена строка а)	8	1,4	10	1,7	21,4
	- свободная строка б) при наличии записи на строке в)	67	12,0	52	9,0	-25,0
	- при травмах не заполнена строка г)	1	0,2	-	-	-
	- в части 1 записано несколько заболеваний	53	9,5	8	1,4	-85,3
	- в части 2 записана первоначальная причина смерти	3	0,5	2	0,3	-40,0
2.	Ошибки ручного кодирования	232	41,6	101	17,4	-58,2
	- использованы коды МКБ-9	6	1,1	-	-	-
	- отсутствуют коды первоначальной причины смерти	13	2,3	-	-	-
	- отсутствует 4-й знак кода	43	7,7	35	6,0	-22,1
	- отсутствует запись в строке, но записан код	10	1,7	-	-	-
	- ошибки в 4-ом знаке	83	14,9	66	11,4	-23,5
3.	Ошибки выбора первоначальной причины смерти, в том числе:	86	15,4	40	7,0	-54,5
	- межклассовые	5	0,9	6	1,0	11,1
	- внутриклассовые	81	14,5	34	6,0	-58,6
	Итого всех ошибок	450	80,7	213	36,8	-54,4
	Общее кол-во свидетельств	558	-	579	-	-

Общее количество ошибок уменьшилось с 80,7% до 36,8%, при этом темп снижения составил 54,4%, что свидетельствует о положительном результате проведения систематического обучения врачей.

6.3.2. Сравнительная оценка ручного и автоматизированного способов кодирования

С 2009 года в свидетельствах кодируются все записанные состояния, что увеличило объем работы врачей по кодированию статистической информации и привело к увеличению числа ошибок кодирования.

Динамика числа ошибок при сравнительной оценке ручного и автоматизированного способов кодирования в одном из субъектов Российской Федерации (выборочное статистическое исследование одного из районов) приведена в Таблице 6.

**Сравнительная оценка ручного и автоматизированного
кодирования и выбора причин смерти
(Тульская область)**

Показатели	2000	2003	Способы кодирования					
			2008			2012		
			всего	автоматизированный	ручной	всего	автоматизированный	ручной
Всего ошибок	450	213	11	6	5	17	1	16
% ошибок	80,7	36,8	13,9	13,3	14,7	23,6	2,2	59,3
Всего свидетельств о смерти	558	579	79	45	34	72	45	27

При этом одна часть свидетельств была заполнена ручным способом, другая - с помощью автоматизированной системы регистрации смертности.

Анализ показал уменьшение общего числа ошибок с 80,7% в 2000 году до 13,9% в 2008 году (снижение в 5,8 раза), что связано с проведением обучения врачей и использованием автоматизированной системы.

В связи с кодированием с 2009 года всех записанные в свидетельстве состояний, в 2012 году произошел рост числа ошибок до 23,6%. При этом, был отмечен более низкий процент ошибок при автоматизированном способе заполнения свидетельств по сравнению с ручным способом (на 1,4% ниже в 2008 году и в 27 раз - в 2012 году).

Структура ошибок по данным экспертной оценки представлена в Таблице 7.

На первом месте в структуре стоят ошибки ручного кодирования, которые увеличились с 6,3% до 13,9% за счет увеличения числа кодируемых состояний.

На втором месте находятся ошибки выбора первоначальной причины смерти вследствие неправильного ручного выбора (при автоматизированном способе подобные ошибки отсутствуют).

К этим ошибкам относится выбор «блока» заболеваний вместо конкретной нозологической единицы. Подобные ошибки наблюдались и при автоматизированном выборе состояния из имеющегося справочника (4 ошибки). После проведения анализа причина данной ошибки была устранена путем исключения формулировок «блоков» заболеваний из справочника МКБ-10 в автоматизированной системе регистрации смертности. В 2012 году подобные ошибки больше не наблюдались.

Наконец, на третьем месте – ошибки при кодировании автоматизированным способом: их количество минимально (1,4%).

Таблица 7

**Экспертная оценка структуры ошибок
в «Медицинских свидетельствах о смерти»
(Тульская область)**

№ п/п	Классификация ошибок	2008 г.		2012 г.	
		Кол-во	Доля в %	Кол-во	Доля в %
1.	Ошибки ручного заполнения	-	-	-	-
2.	Ошибки ручного кодирования	5	6,3	10	13,9
	- код первоначальной причины смерти не выбран или неправильный	2	-	-	-
	- отсутствует 4-й знак кода	-	-	-	-
	- отсутствует запись в строке, но записан код	-	-	-	-
	- ошибка в 4-ом знаке	3	-	2	-
	- первоначальная причина смерти не указана	-	-	8	-
3.	Ошибки при кодировании автоматизированным способом:	2	2,5	1	1,4
	- неправильный код	1	-	-	-
	- ошибки в 4-ом знаке	1	-	1	-
4.	Ошибки выбора первоначальной причины смерти, в том числе:	4	5,1	6	8,3
	- код первоначальной причины смерти не выбран или неправильный	-	-	6	-
	- выбран код «блока»	4	-	-	-
	Итого всех ошибок	11	13,9	17	23,6
	Общее кол-во свидетельств	79	-	72	-

6.3.3. Пути устранения ошибок

Пути устранения ошибок следующие:

- проведение анализа структуры ошибок и принятие мер по их исправлению;
- систематическое обучение врачей и кодировщиков подготовленными специалистами по МКБ-10 правилам кодирования и выбора первоначальной причины смерти путем проведения семинаров со сдачей экзаменов;
- обучение лиц, ответственных за кодирование на уровне органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, медицинских организации на сертификационных циклах повышения квалификации по МКБ-10;
- внедрение во всех медицинских организациях автоматизированных систем, позволяющих проводить автоматизированное кодирование всех записанных состояний и автоматический выбор первоначальной причины смерти.

Наличие ошибок является индикатором качества оформления свидетельств и достоверности предоставляемой информации: чем меньше число ошибок, тем более достоверной считается информация о смерти.

6.4. Качество прижизненной и посмертной диагностики

Анализ качества статистических данных о смертности (возможный вариант) должен производиться по трем уровням:

1 уровень - официальные данные территориальных органов Федеральной службы Государственной статистики, сформированные на основании свидетельств, поступивших в органы ЗАГС;

2 уровень - данные баз данных о смертности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, верифицированные с помощью автоматизированной системы регистрации смертности;

3 уровень - данные экспертной оценки:

- правильности оформления свидетельств с анализом ошибок и путей их устранения;
- качества заполнения свидетельств по анализу четырехзначной подрубрики;
- первичной медицинской документации умерших с моделированием свидетельств, заполненных в соответствии с правилами МКБ-10 (выборочное статистическое наблюдение).

6.4.1. Первый уровень. Существующим порядком не определен срок после смерти пациента, в течение которого свидетельство должно быть оформлено. Как правило, это первые 1-2 дня, так как захоронение трупа родственниками производится обычно на 3-й день после наступления смерти.

В первичной медицинской документации оформляется посмертный эпикриз, в котором формулируют рубрифицированный посмертный заключительный диагноз.

Свидетельства оформляются в соответствии с МКБ-10 и приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н. При этом, меньшее число ошибок и большая достоверность отмечаются при использовании автоматизированной системы.

В каждой медицинской организации должен быть обеспечен контроль за правильностью выдачи свидетельств со стороны ответственного за кодирование лица, назначенного приказом руководителя медицинской организации.

Если причина смерти не уточнена, должно быть выдано «предварительное» свидетельство, хотя практически это производится редко и составляет всего 0,4-1,9%. Свидетельства «взамен предварительных» или «взамен окончательных» должны оформляться в течение 30-45 дней, однако это не всегда соблюдается, тем более, что механизма контроля за их выдачей и дальнейшей обработкой не существует.

Органы ЗАГС окончательные свидетельства не принимают, так как повторная регистрация одного и того же лица не производится, а статистику по причинам смерти разрабатывают не органы ЗАГС, а Росстат.

Учет свидетельств «взамен предварительных» или «взамен окончательных» должен быть налажен в медицинских организациях. После заполнения эти свидетельства должны передаваться в Росстат, чаще всего, через орган управления здравоохранением, что не всегда выполняется.

Специалист органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации (Росстат не имеет своих специалистов) должен ежемесячно проверять правильность кодирования и выбора первоначальной причины смерти. Если раньше кодировалось только одно, то теперь кодируются все записанные в свидетельстве состояния. Все это вызывает определенные сложности, так как работа осуществляется вручную. Достоверность получаемой информации о смерти зависит от уровня подготовки проверяющего специалиста.

Если записи в свидетельстве содержат ошибки или вызывают сомнения в достоверности, то их необходимо уточнять. Для этого свидетельства должны быть направлены врачу, который их оформил. В этих случаях должно быть выдано новое свидетельство «взамен окончательного», которое передают в Росстат.

Как правило, наибольшее число ошибок содержится в статистических данных первого уровня, что влияет на их достоверность.

6.4.2. Второй уровень. Так как территориальные органы Росстата предоставляет органам управления здравоохранением статистическую информацию о причинах смерти в неполном объеме и только в рамках федерального плана статистических работ, то органы здравоохранения вынуждены вести свои базы данных для получения нужной информации о причинах смерти по каждой медицинской организации, городу, району и территории в целом.

Данная информация необходима для анализа, принятия управленческих решений и составления планов мероприятий, направленных на снижение смертности от управляемых причин.

Для формирования своей базы данных необходима автоматизированная система, позволяющая в автоматизированном режиме оформлять свидетельства и распечатывать на номерных бланках установленного образца, тиражированных типографским способом.

Если в медицинских организациях свидетельства оформляются ручным способом, то необходимо обеспечивать оставление копий выданных свидетельств для формирования полной базы данных.

Необходимость работы с копиями свидетельств, программное обеспечение и выделенный персонал для работы по созданию и поддержанию баз данных вызывает дополнительную нагрузку на медицинскую организацию и дублирование функций (такая же база данных ведется Росстатом).

Обработка баз данных (исправление ошибок кодирования и выбора первоначальной причины смерти) должна производиться специально подготовленными врачами-специалистами, ответственными за кодирование в медицинской организации. При этом должна быть использована автоматизированная система, так как ручной способ трудоемок, как правило, имеет ошибки и не может обеспечить достоверность информации.

В отличие от базы данных Росстата, отчет по причинам смерти не нужно сдавать ежемесячно, в связи с чем имеются возможность и время для уточнения записей в свидетельствах и исправление ошибок. Такая, исправленная и уточненная на уровне органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации база данных, отличается от официальной базы данных Росстата большей достоверностью уровней причин смерти.

Если свидетельства во всех медицинских организациях выдаются с помощью автоматизированной системы и в Росстат поступают свидетельства, выданные таким способом, то базы данных Росстата и органов здравоохранения субъекта Российской Федерации должны быть идентичны.

В случае выявления ошибок все исправления следует производить путем повторной выдачи свидетельств «окончательное взамен окончательного» и передачи их в Росстат для внесения исправлений в базу данных.

Анализ динамики структуры смертности двух баз данных: Росстата и органа управления здравоохранением одного из субъектов Российской Федерации представлен в Таблице 8.

В базу данных включены официальные данные Росстата по структуре смертности жителей по основным классам МКБ-10 в динамике за 2000-2011 годы и данные баз данных органов здравоохранения после верификации своих баз данных, представленных медицинскими организациями.

Для ведения своей базы данных медицинскими организациями субъекта Российской Федерации использовалась автоматизированная система, позволяющая обеспечивать автоматизированное кодирование всех записанных состояний и автоматический выбор первоначальной причины смерти.

Анализ баз данных показал, что после исправления ошибок в базе данных органов здравоохранения отмечается уменьшение доли инфекционных заболеваний, новообразований, болезней нервной системы, органов пищеварения и симптомов.

Уменьшение доли симптомов является положительным фактом, так как состояния из этого класса по правилам МКБ-10 не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти. В то же время отмечено увеличение доли эндокринных заболеваний, травм, отравлений и болезней системы кровообращения.

Различия в вышеперечисленных классах МКБ-10 свидетельствуют о наличии в них наибольшего числа ошибок кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

Таблица 8

**Сравнительная динамика структуры смертности населения
Тульской области по основным классам МКБ-10
по первоначальной причине смерти
по данным баз данных Росстата и органов здравоохранения (ОЗ)
(Тульская область)**

Названия классов болезней	Коды МКБ-10	Структура смертности в %							
		2000		2003		2008		2011	
		Рос- стат	ОЗ	Рос- стат	ОЗ	Рос- стат	ОЗ	Рос- стат	ОЗ
Инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1,5	1,5	1,5	1,4	1,3	0,9	1,3	0,9
Новообразования	C00-D48	12,4	12,6	11,8	11,7	13,0	12,9	14,8	14,6
Болезни эндокринной системы	E00-E90	0,5	1,1	1,6	1,9	2,5	2,5	2,8	2,7
Психические расстройства	F00-F99	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Болезни нервной системы	G00-G99	0,7	0,6	1,0	0,9	2,3	0,9	0,8	0,6
Болезни системы кровообращения	I00-I99	55,6	54,8	56,8	56,7	59,4	59,5	59,8	60,4
Болезни органов дыхания	J00-J99	5,5	5,6	5,3	5,2	4,2	4,1	3,6	3,6
Болезни органов пищеварения	K00-K93	2,7	2,7	3,5	3,3	4,7	4,7	4,5	4,4
Болезни костно-мышечной системы	M00-M99	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	R00-R99	6,6	6,4	5,2	5,0	3,2	3,0	2,9	2,7
Травмы и отравления	S00- T98	12,4	12,5	11,6	12,2	9,5	10,4	8,2	8,8
Всего	A00-T98	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При сравнении баз данных 2000 года и 2011 года обращает на себя внимание увеличение, прежде всего, доли эндокринных заболеваний в 5,6 раза по данным Росстата и в 2,5 раза по данным органов здравоохранения.

Таким образом, для устранения различий в базах данных и органов управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, повышения достоверности статистической информации необходимо обеспечить:

- внедрение автоматизированной системы во всех медицинских организациях субъекта Российской Федерации;
- наличие подготовленных специалистов – лиц, ответственных за кодирование в медицинских организациях и на уровне субъекта Российской Федерации;
- выдачу свидетельств с помощью автоматизированной системы с распечаткой на номерном бланке установленного образца, напечатанного типографским способом;
- соблюдение порядка оформления и выдачи свидетельств, предусмотренного методическими рекомендациями Минздрава Российской Федерации;
- исправление ошибок кодирования и выбора первоначальной причины смерти путем выдачи свидетельств «окончательное взамен окончательного», внесение исправлений в свою базу данных и передача этих свидетельств в Росстат.

6.4.3. Третий уровень

6.4.3.1. Первый этап включает экспертную оценку правильности оформления свидетельств с анализом ошибок и путей их устранения (см. раздел 6.3.).

6.4.3.2. Второй этап включает экспертную оценку качества заполнения свидетельств по анализу четырехзначной подрубрики.

Четырехзначная подрубрика, или 4-й знак, в обязательном порядке должна применяться на уровне территории и медицинской организации. Код каждого заболевания, или состояния, должен содержать 4-й знак, если он предусмотрен МКБ-10. Четырехзначные подрубрики представлены знаками от 0 до 9. Подрубрика с цифрой «9» означает неуточненные состояния, поэтому является своеобразным «знаком качества».

Посмертные диагнозы должны быть уточнены, а в случаях, когда это не соблюдается, то по четырехзначной подрубрике можно судить о качестве прижизненной и посмертной диагностики.

Рубрики с четвертым знаком «9» могут применяться в тех случаях, когда нет возможности уточнить диагноз («объяснимые» причины):

- в случаях, когда диагноз действительно не был уточнен и не мог быть уточнен по уважительным причинам (в медицинской организации нет специальной диагностической аппаратуры, не применяются необходимые лабораторные методы исследования и т.д.)
- когда возможности обследования были использованы, но все примененные методы не позволили установить правильный диагноз

Коды неуточненных состояний могут использоваться в статистике заболеваемости, а в статистике смертности, если причина смерти не могла

быть уточнена, необходимо проведение патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия для установления причин смерти.

Экспертная оценка применения неуточненных диагнозов показывает, что диагноз в первичной медицинской документации мог быть записан правильно и уточнен, а в свидетельстве указан не полностью, поэтому контролирующим специалистом ему присвоен код с четвертым знаком «–9».

Чаще всего это связано с тем, что, либо врач не придает значения записям в свидетельствах, так как не знаком с документами, регламентирующими их выдачу, либо знаком с порядком оформления документов, но делает это небрежно из-за недостатка времени, спешки и т.д.

Результатом такого оформления является искажение статистических данных на уровне медицинской организации, территории, их несоответствие первичной медицинской документации и некачественная статистика смертности, не позволяющая проводить правильный анализ для решения вопросов о необходимости проведения тех или иных лечебных, профилактических и организационных мероприятий.

В отдельных случаях экспертная оценка позволяет сделать вывод о некомпетентности врача, в случаях, когда имелись возможности для правильной постановки диагноза, но использованы не были.

Таблица 9

Динамика удельного веса неуточненных состояний по первоначальной причине смерти в базе данных органов здравоохранения Тульской области

Годы	Доля состояний, с 4-м знаком «9» (в %)
2000	35,7
2001	31,2
2002	26,1
2003	26,1
2004	23,3
2005	20,6
2006	17,8
2007	14,4
2008	12,9
2009	12,3
2010	12,2
2011	11,9

Тем не менее, практика показывает, что заболевания, послужившие первоначальной причиной смерти, уточняются только в 65–85% случаев.

В Таблице 9 представлены данные о качестве прижизненной и посмертной диагностики в одном из субъектов Российской Федерации по доле свидетельств с диагнозом неуточненного состояния (по первоначальной причине смерти) в динамике.

В Таблице 10 представлены данные о структуре неуточненных состояний. На первом месте в структуре неуточненных состояний стоят симптомы - 89,6%, причем из 639 свидетельств с неуточненной первоначальной причиной смерти 604 (94,5%) были выданы судебно-медицинскими экспертами по поводу «неуточненной причины смерти» (код R99).

На втором месте – психические расстройства. Много неуточненных диагнозов отмечено в классе инфекционных и паразитарных болезней.

Таблица 10

**Структура неуточненных состояний в свидетельствах
по базе данных органов здравоохранения
по первоначальной причине смерти в 2011 году
(Тульская область)**

Названия классов болезней	Коды МКБ-10	Число свидетельств всего	Число свидетельств с неуточненными состояниями	%
Инфекционные и паразитарные б-ни	A00-B99	237	136	57,4
Новообразования	C00-D48	3789	1071	28,3
Болезни крови	D50-D89	14	5	35,7
Болезни эндокринной системы	E00-E90	690	9	1,3
Психические расстройства	F00-F99	26	19	73,1
Болезни нервной системы	G00-G99	168	47	28,0
Болезни системы кровообращения	I00-I99	15672	561	3,6
Болезни органов дыхания	J00-J99	930	108	11,6
Болезни органов пищеварения	K00-K93	1147	14	1,2
Болезни костно-мышечной системы	M00-M99	29	3	10,3
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	186	67	36,0
Отд. состояния в перинат. периоде	P00-P96	5	0	0
Врожденные аномалии	Q00-Q99	31	7	22,6
Симптомы, признаки и отклонения	R00-R99	713	639	89,6
Травмы и отравления	S00- T98	2292	403	17,6
Всего	A00-T98	25943	3089	11,9

Обращает на себя внимание низкая доля неуточненных состояний по классу IX «Болезни системы кровообращения» (3,6%). Это связано с обучением врачей, а также и с тем, что в автоматизированной системе регистрации смертности из справочника были максимально исключены неуточненные состояния из этого класса.

Общепринятого перечня четырехзначных подрубрик, относящихся к неуточненным состояниям, в настоящее время не существует.

Число неуточненных диагнозов, применяемых в статистике смертности, должно быть сведено к минимуму. ВОЗ рекомендует анализ кода R99 проводить отдельно от других неуточненных причин, при этом число свидетельств с кодом R99 не должно превышать 2-3% от общего числа смертей.

6.4.3.3. Третий этап включает экспертную оценку первичной медицинской документации умерших с моделированием свидетельств, заполненных в соответствии с МКБ-10.

Эта оценка должна проводиться путем выборочного статистического наблюдения, подготовленным по МКБ-10 специалистом. Полученные данные могут быть также использованы при проведении обучения врачей и кодировщиков.

Данные экспертной оценки, проведенной в одном из субъектов Российской Федерации, представлены в Таблице 11.

По диагнозам болезней, содержащихся в первичных медицинских документах поликлиник и стационаров (Карта, Медкарта), были сформулированы посмертные рубрифицированные диагнозы, на основании которых создана (смоделирована) новая база данных свидетельств с помощью автоматизированной системы в соответствии с правилами МКБ-10 и установленными требованиями. Для сравнения использовалась база данных на тех же умерших, содержащая свидетельства, выданные для органов ЗАГС.

Анализ качества оформления свидетельств по данным экспертной оценки обеих баз данных выявил различия, которые в динамике наглядно показывают, по каким классам МКБ-10 производится неправильный выбор первоначальной причины смерти.

Прежде всего, обращают на себя внимание ошибки по классу IX «Болезни системы кровообращения». Анализ показал, что при правильном выборе первоначальной причины смерти доля состояний из этого класса оказалась завышенной на 9,4% (темп прироста составил 16,6%).

В то же время отмечен рост удельного веса болезней эндокринной системы с 6,8% до 11,5% (темп прироста - 69,1%), новообразований - с 15,5% до 17,6% (темп прироста - 13,5%), болезней органов пищеварения - 6,8% до 7,4% (темп прироста - 8,8%).

Таблица 11

**Сравнительный анализ кодирования и выбора
первоначальной причины смерти в базах данных
по смертности в Тульской области в 2006 и 2008 годах**

Названия классов болезней	Коды МКБ-10	Причины смерти					
		исходная БД			смоделированная БД		
		перво-началь-ная	Доля, %	множе-ствен-ная	перво-началь-ная	Доля, %	множе-ствен-ная
Инфекционные и паразитарные б-ни	A00-B99	0	0	0	0	0	1
Новообразования	C00-D48	23	15,5	25	26	17,6	40
Болезни крови	D50-D89	0	0	0	0	0	11
Болезни эндокрин-ной системы	E00-E90	10	6,8	10	17	11,5	21
Психические расстройства	F00-F99	0	0	0	0	0	5
Болезни нервной системы	G00-G99	0	0	6	1	0,7	22
Болезни системы кровообращения	I00-I99	98	66,2	181	84	56,8	345
Болезни органов дыхания	J00-J99	3	2,0	6	4	2,7	48
Болезни органов пищеварения	K00-K93	10	6,8	19	11	7,4	56
Болезни костно-мышечной системы	M00-M99	0	0	0	2	1,4	17
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	1	0,7	5	3	2,0	34
Отд. состояния в перинат. периоде	P00-P96	0	0	0	0	0	0
Врожденные аномалии	Q00-Q99	0	0	0	0	0	0
Симптомы, признаки и отклонения	R00-R99	3	2,0	26	0	0	12
Травмы и отравления	S00- T98	0	0	0	0	0	0
Всего	A00-T98	148	100,0	278	148	100,0	614

Небольшой рост отмечался по болезням органов дыхания и мочеполовой системы. В качестве первоначальной причины смерти не было выбрано ни одного состояния из классов «Болезни нервной системы» и «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани».

Необоснованно в 2% случаев были выбраны симптомы в качестве первоначальной причины смерти, что не рекомендовано правилами МКБ-10. Данная ошибка исправлена при моделировании новой базы данных.

Таким образом, проведенный анализ показал, что ошибки выбора первоначальной причины смерти наблюдаются практически по всем основным классам МКБ-10, искажая структуру смертности. Наибольшая часть ошибок касается класса IX «Болезни системы кровообращения». Экспертная оценка подтверждает недостоверную структуру смертности, связанную с ошибками кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

6.5. Уровни предотвратимой смертности

На сегодняшний день нет общепринятой разработанной методики расчета уровней предотвратимой смертности в России. К предотвратимой смертности по европейским разработкам относятся случаи смерти от 24-х причин и классов причин, разделенных на 3 основные группы, в соответствии с тремя уровнями профилактики.

Первая группа причин - это причины смерти, которые могут быть предупреждены первичной профилактикой заболеваемости.

В эту группу включают такие вредные привычки, как употребление алкоголя и табака, вызывающие цереброваскулярные болезни, злокачественные новообразования органов пищеварения, дыхания, мочевого пузыря. К этой группе относят и другие заболевания, связанные с употреблением алкоголя (болезни печени). Сюда относят также дорожно-транспортные происшествия и меры по снижению преступности (травмы, отравления).

Вторая группа причин - это причины, на которые влияет вторичная профилактика, т.е. своевременное выявление и ранняя диагностика. В эту группу входят злокачественные новообразования кожи, молочной железы и матки.

Третья группа - это причины, связанные с организацией медицинской помощи, с уровнем лечения и другими факторами внешней среды, например, вакцинацией, лечением антибиотиками, питанием, употреблением воды и др.

В эту группу включают злокачественные новообразования мужских половых органов, лимфоидной и кроветворной тканей, хронические ревматические болезни сердца и другие причины, связанные с необходимостью медицинского или хирургического вмешательства (артериальная гипертензия, язва, аппендицит, грыжа и т.д.), требующие применения комплекса мер со стороны различных служб системы здравоохранения.

Коды причин смерти, входящие в три группы, даны в Приложении 12.

В России наиболее актуальной возрастной группой, с точки зрения профилактики, является трудоспособное население: мужчины – от 18 до 60 лет, женщины – от 18 лет до 55 лет.

С учетом этого разработки по структуре причин предотвратимой смертности следует производить, прежде всего, в этой возрастной группе.

Динамика структуры предотвратимой смертности трудоспособного населения в одном из субъектов Российской Федерации представлена в Таблице 12.

Анализ показал, что коэффициенты общей смертности трудоспособного населения с 2004 г. по 2010 г. и у мужчин, и у женщин снизились (темпы убывания составили 26,7% и 19,8% соответственно).

Динамика суммарных уровней предотвратимой смертности совпадает с динамикой общей смертности: с 2004 г. по 2010 г. отмечено снижение суммарной предотвратимой смертности у мужчин (темпы убывания – 37,7%) и у женщин (темпы убывания – 29,0%). При этом уровень предотвратимой смертности у мужчин превышал таковой у женщин в 2004 г. – в 4 раза, в 2010 г. – в 3,5 раза.

Вклад причин первой группы в суммарную предотвратимую смертность наибольший. По этой группе причин, ответственных за профилактику заболеваемости произошло снижение предотвратимой смертности (у мужчин темпы убывания составили 35,8%, у женщин – 31,2%).

В структуре первой группы предотвратимых причин смертности трудоспособного населения на первом месте находятся травмы и отравления, которые являются специфической группой в связи с незначительным вкладом системы здравоохранения в их профилактику.

Отмечено снижение уровней предотвратимой смертности от цереброваскулярных болезней, как у мужчин, так и у женщин. При этом уровень цереброваскулярных болезней нельзя считать полностью достоверным из-за ошибок выбора первоначальной причины смерти (хронические формы, без указания логической последовательности, которые не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти, составили в 2004 г. – 22,0%, в 2010 г. – 23,3%). Патологоанатомически было подтверждено только 6 случаев из 235 от хронических форм (код I67) в 2004 году и 3 случая из 177 в 2010 году.

По злокачественным новообразованиям и болезням печени отмечено снижение уровней предотвратимой смертности у мужчин и рост у женщин.

Во второй и третьей группах причин и в 2004 г., и в 2010 г. отмечены более высокие уровни предотвратимой смертности у мужчин и более низкие у женщин.

В структуре предотвратимых причин третьей группы отмечается снижение уровней инфекционных и паразитарных болезней и у мужчин, и у женщин.

По рангу группы причин предотвратимой смертности распределились так: и у мужчин, и у женщин на первом месте – 1 группа, на втором – 3 группа, на третьем месте – вторая группа.

Таблица 12

**Динамика структуры причин предотвратимой смертности
трудоспособного населения Тульской области в 2004 г. и 2010 г.
(на 100 тыс. соответствующего населения)**

Группы причин смерти	2004 г.				2010 г.			
	муж		жен		муж		жен	
	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%
1 группа	723,4	76,3	165,9	70,1	464,3	78,7	114,2	68,1
Злокачественные новообразования	73,2	7,7	5,7	2,4	68,1	11,5	5,9	3,5
Цереброваскулярные болезни	95,2	10,0	29,2	12,3	66,0	11,2	16,9	10,1
Болезни печени	69,3	7,3	34,6	14,6	69,0	11,7	37,0	22,1
Травмы и отравления	485,6	51,2	96,5	40,8	261,3	44,3	47,1	28,1
2 группа	3,4	0,4	25,9	11,0	3,7	0,6	26,0	15,5
3 группа	221,3	23,3	44,7	18,9	122,2	20,7	27,6	16,4
Инфекционные и паразитарные болезни	79,2	8,4	12,9	5,5	36,3	6,2	8,5	5,1
Суммарно	948,1	100,0	236,5	100,0	590,2	100,0	167,8	100,0
Коэффициент смертности общий	1722,1	-	422,7	-	1260,8		339,0	
Доля предотвратимой смертности в общей	-	55,1	-	55,9	-	46,8	-	49,5

Таким образом, рост уровней предотвратимой смертности от злокачественных новообразований и болезней печени у женщин и от причин второй группы и у мужчин, и у женщин показывает на какие причины должны быть направлены первоочередные пути профилактики этих заболеваний для снижения уровней смертности.

6.6. Анализ качества оформления свидетельств о смерти по рекомендациям ВОЗ

Для оценки качества данных о причинах смерти ВОЗ рекомендует использовать следующие критерии:

- % смертей с неизвестной причиной смерти (R99). Случаи с этим кодом должны учитываться отдельно и «должны составлять не более 2-3% от общего числа смертей»;
- Доля случаев смерти с неточно обозначенными причинами (см. раздел 5.11.1.) не должна превышать 5% для лиц моложе 65 лет и 10% для лиц старше 65 лет;
- Дополнительная проверка должна проводиться с помощью 3-х групп показателей, сумма которых не должна превышать 10-15%.

Коды этих групп следующие:

I группа – коды: **I47.2; I49.0; I46; I50; I51.4; I51.5; I51.6; I51.9 и I70.9**

II группа – коды: **C76; C80; C97**

III группа – коды **Y10-Y34, Y87.2**

6.7. Анализ статистики смертности

Мониторинг смертности, проводимый в медицинских организациях и органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, дает возможность проведения анализа статистики смертности на современном методическом уровне.

Анализ должен проводиться с помощью автоматизированной системы.

Кратность проведения анализа – квартал, полугодие, год – в зависимости от уровня показателей смертности.

Возможная функциональная модель анализа статистики смертности представлена на Схеме 9.

6.7.1. На I уровне предварительного анализа органы ЗАГС на основании свидетельств, выданных медицинскими организациями или частнопрактикующими врачами, регистрируют случаи смерти; данные о **числе умерших** и 1 экз. актовой записи с обезличенными данными передают в территориальный орган Росстата.

Свидетельства, перед выдачей должны быть проверены в медицинской организации лицом, ответственным за кодирование.

Росстатом проводятся разработки по смертности (**общие и стандартизованные коэффициенты смертности** по полу, возрасту, городскому (сельскому) населению).

6.7.2. На II уровне органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на основании свидетельств, выданных медицинскими организациями, формируют базы данных для проведения анализа.

Свидетельства выдаются с использованием автоматизированной системы с распечаткой на номерном бланке установленного образца, напечатанного типографским способом. Все исправления в базе данных должны производиться на основании свидетельств «окончательное взамен окончательного», передаваемых в Росстат.

Базы данных должны собираться на уровне каждой медицинской организации, после верификации, передаваться на уровень территории (город, район) и далее собираться на уровне субъекта Российской Федерации.

Специально организованное подразделение органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации с помощью автоматизированной системы должно проводить **разработки по причинам смерти** по классам МКБ-10 и отдельным нозологическим единицам по специальным перечням для статистической разработки МКБ-10.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА СТАТИСТИКИ СМЕРТНОСТИ

А. Предварительный анализ статистических данных о смертности			
Уровни, этапы	Ведомственные данные о смертности	Основание для разработки	Анализ смертности
I уровень	Органы ЗАГС – число умерших, актовые записи	Свидетельства	Абсолютное число умерших
	Росстат – разработки показателей смертности в соответствии с Федеральным планом статистических работ	Актовые записи органов ЗАГС, копии свидетельств, базы данных Росстата	Общие и стандартизованные коэффициенты смертности по полу, возрасту, городскому (сельскому) населению
II уровень	Органы управления здравоохранением субъектов РФ – разработки по причинам смерти	Свидетельства, базы данных медицинских организаций, полученные с помощью автоматизированной системы	Сведения по причинам смерти по классам МКБ-10 и отдельным нозологическим единицам (специальные перечни для статистической разработки МКБ-10)
III уровень	Органы здравоохранения субъектов РФ – экспертная оценка:		
1 этап	Правильность оформления свидетельств с анализом ошибок	Свидетельства, базы данных медицинских организаций, полученные с помощью автоматизированной системы	Сведения о числе ошибок и их структуре
2 этап	Качество оформления свидетельств по анализу 4-х значной подгруппы	Свидетельства, базы данных медицинских организаций, полученные с помощью автоматизированной системы	Сведения о качестве прижизненной и посмертной диагностики
3 этап	Выборочный контроль оформления свидетельств по первичной медицинской документации	Свидетельства, первичная медицинская документация (медицинские карты, протоколы вскрытий)	Выборочные данные о качестве оформления Свидетельств по анализу первичной медицинской документации
4 этап	Оценка уровней предотвратимой	Свидетельства, базы данных	Данные для анализа 3-х групп причин

	смертности	медицинских организаций, полученные с помощью автоматизированной системы регистрации смертности	предотвратимой смертности
5 этап	Оценка качества оформления свидетельств, предложенная ВОЗ	Рекомендации ВОЗ	Данные для анализа качества оформления Свидетельств
Б. Заключительный анализ статистических данных о смертности			
	Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации	Данные Росстата - общие и стандартизованные коэффициенты смертности по полу, возрасту, городскому (сельскому) населению	Анализ показателей Росстата в динамике
		Собственные данные - сведения о причинах смерти по классам МКБ-10 и отдельным нозологическим единицам	Анализ по первоначальной и множественным причинам смерти
		Данные экспертной оценки	1. Анализ числа ошибок и их структуры; 2. Анализ качества прижизненной и посмертной диагностики 3. Выборочный анализ первичной медицинской документации 4. Анализ 3-х групп причин предотвратимой смертности 5. Анализ качества оформления Свидетельств
		Данные анализа показателей Росстата и собственных данных	Справка о состоянии смертности в субъекте РФ с выводами и конкретными предложениями
	Минздрав Российской Федерации – федеральный центр МКБ	Базы данных субъектов Российской Федерации, справки о состоянии смертности в субъектах Российской Федерации	Справка о состоянии смертности в РФ и в разрезе субъектов РФ с выводами и конкретными предложениями. Предоставление данных Правительству РФ, Росстату и органам управления субъектов РФ. Публикация итогов анализа смертности в СМИ.

6.7.3. На III уровне проводится экспертная оценка сформированной базы данных и выборочный контроль специалистами подразделения:

- правильности оформления свидетельств с разработкой ошибок и путей их устранения;
- качества заполнения свидетельств по четырехзначной подрубке;
- первичной медицинской документации умерших для контроля правильности оформления и достаточности информации в свидетельствах в соответствии с МКБ-10;
- оценки трех уровней предотвратимой смертности;
- анализа качества оформления свидетельств по рекомендациям ВОЗ («Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах», ВОЗ, 2012).

6.7.4. После проведения **предварительного анализа** по полученным статистическим данным, приступают к **заключительному анализу**, который включает в себя:

6.7.4.1. Анализ показателей Росстата в динамике по первоначальной причине смерти:

6.7.4.1.1. Анализ коэффициентов смертности (общих и стандартизованных) по полу, возрасту, городскому (сельскому) населению;

6.7.4.1.2. Анализ коэффициентов младенческой, материнской и перинатальной смертности.

6.7.4.2. Анализ причин смерти по базам данных органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по первоначальной причине смерти:

6.7.4.2.1. Коэффициенты смертности по причинам смерти по специальным перечням МКБ-10 (1995, том 2, стр. 603-609) в динамике;

6.7.4.2.2. Удельный вес коэффициентов смертности по отдельным причинам смерти от всех причин смерти;

6.7.4.2.3. Коэффициенты смертности трудоспособного населения по причинам смерти по специальным перечням МКБ-10 (1995, том 2, стр. 603-609) в динамике;

6.7.4.2.4. Удельный вес коэффициентов смертности трудоспособного населения по причинам смерти;

6.7.4.2.5. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти по специальным перечням МКБ-10 (1995, том 2, стр. 610-614) в динамике.

6.7.4.2.6. Удельный вес коэффициентов материнской и младенческой смертности по причинам смерти.

6.7.4.2.7. Дополнительные статистические разработки в зависимости от структуры смертности.

6.7.4.3. Анализ причин смерти по базам данных органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по множественным причинам смерти:

6.7.4.3.1. Определение % вклада конкурирующих причин по классам МКБ-10 и 3-4 ведущим причинам смерти по схеме с определением коэффициента кратности множественных причин смерти.

6.7.4.4. Анализ по данным экспертной оценки:

6.7.4.4.1. Анализ ошибок и пути их устранения;

6.7.4.4.2. Анализ качества прижизненной и посмертной диагностики по четырехзначной подрубке;

6.7.4.4.3. Анализ качества оформления первичной медицинской документации с моделированием – выборочное статистическое наблюдение;

6.7.4.4.4. Анализ трех групп причин предотвратимой смертности;

6.7.4.4.5. Анализ качества оформления Свидетельств по рекомендациям ВОЗ.

6.7.4.5. Справка о состоянии смертности в субъекте Российской Федерации с выводами и конкретными предложениями.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации готовит справку о состоянии смертности и предоставляет ее в Минздрав Российской Федерации в текстовом формате, со следующей информацией:

- о состоянии баз данных за определенный период времени (квартал, полугодие, год) и в динамике;
- о верификации баз данных и результатах экспертной оценки;
- о достоверности баз данных (% ошибок кодирования и выбора первоначальной причины смерти, коэффициент кратности множественных причин смерти);
- об оценке динамики полученных показателей (коэффициентов смертности общих, стандартизованных и по причинам в разрезе территорий);
- о необходимости изменения тактики лечения пациентов и методов патогенетической терапии;
- о рекомендуемых мероприятиях в планах снижения смертности от трех групп управляемых причин;
- о необходимости проведения реструктуризации сети и штатов;
- о необходимости проведения обучения врачей (фельдшеров, акушеров).

Справка используется органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации для принятия управленческих решений.

6.7.4.6. Справка о состоянии смертности в Российской Федерации и в разрезе субъектов Российской Федерации с выводами и конкретными предложениями.

По данным справок о состоянии смертности субъектов Российской Федерации организованный Центр МКБ готовит справку о состоянии смертности в Российской Федерации с выводами и предложениями.

Итоговые справки предоставляются Правительству Российской Федерации, Росстату и органам государственной власти субъектов Российской Федерации. Итоги анализа по смертности публикуются на официальных сайтах и в средствах массовой информации.

6.8. Роль данных анализа смертности для органов управления здравоохранением

Смертность – один из наиболее достоверных показателей состояния здоровья населения.

Анализ смертности показывает, от каких заболеваний чаще всего умирает население. Показатели по причинам смертности, имеющие наиболее высокий удельный вес в структуре, являются основой для принятия решений о необходимости проведения конкретных мероприятий, направленных на снижение смертности, и, в первую очередь, от управляемых причин.

Анализ необходим для разработки профилактических программ не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти.

Анализ позволяет определить:

- правильность заполнения первичной медицинской документации;
- достоверность статистической информации о смерти;
- удельный вес причин смерти в структуре смертности;
- вклад других, конкурирующих причин смерти;
- логические последовательности для разработки методов патогенетической терапии и изменение тактики лечения пациентов;
- динамику предотвратимых причин смерти;
- качество прижизненной и посмертной диагностики;
- необходимость проведения обучения медицинских работников;
- необходимость реструктуризации сети и штатов.

Проведение анализа смертности и последующие проводимые мероприятия оказывают влияние на демографическую ситуацию, снижая смертность и увеличивая продолжительность жизни.

Глава 7. Множественные причины смерти

7.1. Понятие множественных состояний и причин смерти

Коморбидность (Comorbidity), или **множественные состояния** – одновременное сосуществование двух и более заболеваний (состояний) одновременно у одного пациента, независимо от активности процесса.

Основное заболевание (Main condition) – это «состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107).

Осложнения (Complications) представляют собой патологические состояния (симптомы, синдромы, иногда нозологические единицы), патогенетические связанные с основным заболеванием, но формирующие качественно отличные от его главных проявлений клинические синдромы, анатомические и функциональные изменения.

Множественные причины смерти (Multiple causes of death) – «несколько (две и более) причин (диагнозов) летального исхода, указываемых в заключении о причине смерти. Помимо начальной причины смерти к множественным причинам смерти относят осложнения и способствующие (сопутствующие) смерти причины, которые в некоторых зарубежных странах получили название **вторичных** причин смерти.

В отличие от традиционной статистики причин смерти, основанной на принципе отбора единственной причины смерти, статистика множественных причин смерти предусматривает учёт всех причин смерти» (В.А. Быстрова, 1985).

Множественные причины смерти – это все причины смерти, отобранные в Свидетельство для статистической разработки.

Конкурирующие заболевания, травмы, отравления (Competing diseases, injuries, poisonings) – это две или более нозологические единицы, каждая из которых независимо от другой(их) по своей тяжести может считаться «основным заболеванием», и каждая из которых может явиться первоначальной причиной смерти.

Фоновые заболевания (Background diseases) – это самостоятельные нозологические единицы, тесно патогенетически связанные с «основным заболеванием», которые влияют на его развитие и неблагоприятное течение, утяжеляя его, а в случае смерти, ускоряя ее наступление.

Сопутствующие заболевания (травмы, отравления), или состояния (Contributory conditions, injuries, poisonings) – не связаны с основным заболеванием этиологически и патогенетически и относятся к разным рубрикам МКБ. Для статистики смертности в Свидетельстве необходимо указывать только те сопутствующие заболевания, которые способствовали смерти.

Причины смерти (Causes of death) – болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали её

наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или насильственной смерти, которые вызвали травму со смертельным исходом.

Прямые причины смерти (Direct causes of death) – это наиболее тяжелые осложнения «основного заболевания» (состояния), которые непосредственно привели к смерти.

Исходная предшествовавшая причина (Originating antecedent cause) – «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 34), записанная на нижней заполненной строке части I медицинского свидетельства о смерти.

Способствующие причины смерти (Contributing causes of death) или ассоциированные причины (Associated causes) – причины, не связанные с «основным заболеванием», но способствовавшие наступлению смерти.

Непосредственная причина смерти (Immediate cause of death) – это состояние или осложнение, которое непосредственно привело к смерти.

Промежуточная причина смерти (Intervening cause of death) – это другое состояние или осложнение, вызванное первоначальной причиной смерти и приведшее к непосредственной причине смерти.

Первоначальная причина смерти (Underlying cause of death) – «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 34), отобранная для статистической разработки.

Внешние причины смерти (External causes of death) – это обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. При травме или отравлении являются первоначальной причиной смерти.

Конкурирующие причины смерти (Competing causes of death) – это все причины смерти, отобранные в Свидетельство в качестве множественных причин смерти, за исключением первоначальной.

Взаимоотношения множественных состояний в статистике заболеваемости и смертности представлены на Схеме 10. В статистике заболеваемости они формулируются в диагнозе и должны быть разделены. В статистике смертности они должны быть записаны в свидетельствах по соответствующим строкам, с учетом требований МКБ-10.

Говоря о причине смерти в общем, необходимо понимать, что речь идет только о первоначальной причине смерти, как монопричине, которая используется ВОЗ для статистических разработок, анализа и планирования мероприятий по снижению предотвратимой смертности. Недопустима подмена первоначальной причиной смерти другими причинами. Наиболее частой ошибкой является применение врачами непосредственной причины смерти вместо первоначальной, что приводит к ошибкам кодирования и выбора первоначальной причиной смерти.

Взаимоотношения множественных состояний в статистике заболеваемости и смертности



7.2. Методические аспекты множественных причин смерти

7.2.1. Значение множественных причин смерти для анализа статистики смертности

С 2009 года в Российской Федерации в свидетельствах кодируются все записанные состояния, что дает возможность проведения анализа по множественным причинам смерти.

Мировая статистика смертности основывается сегодня только на одной, **первоначальной** причине смерти, или монопричине, а при травмах и отравлениях – это внешняя причина и характер травмы, хотя, как правило, смерть вызывается чаще всего комплексом нескольких взаимосвязанных болезней. Часто наступлению смерти способствуют и многие другие состояния, которые в настоящее время не учитываются при проведении анализа смертности.

Изучение, разработка и анализ множественных причин смерти имеет большое значение, так как дает возможность получать новые знания в патогенезе смертности, выявлять степень влияния цепочки различных логически взаимосвязанных причин на механизм смерти, а также определять вклад различных причин в наступление смерти.

Понимание патогенеза смерти при различных заболеваниях имеет большое значение для практических врачей, так как позволяет разрабатывать методы воздействия на отдельные звенья патогенетической цепи для предотвращения смерти. «Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине проявить свое действие» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 34).

7.2.2. Проблемы получения данных по множественным причинам смерти

МКБ-10 предусматривает запись в части 2 свидетельства «прочих важных состояний, способствовавших смерти, но не связанных с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней» (том 2, 1995, стр. 35), однако не конкретизирует их перечень и количество.

Подобное обстоятельство дает возможность врачам, оформляющим свидетельство, записывать только наиболее важную информацию: основное заболевание, послужившее причиной смерти, часто без осложнений и без указания логической последовательности.

По данным баз данных органов управления здравоохранением одного из субъектов Российской Федерации около 80% информации содержится на первых двух строках свидетельства и еще примерно 20% - на третьей строке. Заполнение части 2 свидетельства составляет менее 2%, что не дает полной информации о смертности.

7.3. Роль международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра в формировании базы данных множественных причин смерти

Уже в первых пересмотрах МКБ было отмечено, что часть информации о смертности теряется, если статистические данные основываются только на одной причине. Было обращено также внимание на важность изучения других, способствующих причин смерти, которые обычно не используются при статистических разработках.

Медицине известно множество заболеваний и состояний, которые могут приводить, а могут и не приводить к смерти.

Состояния, приведшие к смерти, следует считать причинами смерти; они редко бывают единичными. Как правило, они множественные и, утяжеляя основное состояние больного, быстрее приводят к летальному исходу.

История множественных причин смерти официально начинается с 1948 года, когда «в соответствии с резолюцией пятой Международной конференции Государственный секретарь США в 1945 году учредил Комитет США по множественным причинам смерти» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 163-164).

Статистика множественных причин смерти является полезным дополнением к статистике по первоначальной причине. С учетом имеющейся в свидетельстве диагностической информации о смерти, можно получить более полную картину причины смерти.

Первые варианты форм свидетельств были специально разработаны, чтобы получить от врача единственную причину смерти, которая положила начало последовательности болезненных состояний, приводящих к смерти.

Международная форма свидетельства пересматривалась несколько раз, пока она не стала включать не только первоначальную причину, но также и причинную цепь, которая привела к смерти, и другие состояния, которые способствовали смерти, но не были с ней во взаимосвязи.

Включение в свидетельство других состояний, которые способствовали смерти, но не были с ней в причинной связи, привело к увеличению количества диагностической информации, записанной в Свидетельствах, не отраженной в официальной статистике смертности, основанной на первоначальной причине.

Однако не все врачи придают значение этой дополнительной информации, необходимой для анализа по множественным причинам смерти, поэтому часть 2 свидетельства редко заполняется. К сожалению, не всегда заполняется и причинная цепь событий, приведших к смерти. Поэтому не могут быть разработаны мероприятия, направленные на «прерывание цепи болезненных процессов» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 34), непосредственно приведших к смерти.

В настоящее время за рубежом существует 2 методики подсчета множественных причин смерти: по числу лиц и по числу множественных состояний. Важным является выбор перечня для статистической разработки, а

также решение вопросов о включении или исключении неинформативных данных по множественным причинам смерти.

Одно и то же состояние может быть записано и как первоначальная, и как множественная причина смерти. Так, Iwao M. Moriyama, Ph.D., Ruth M. Loy, MBE, A.H.T. Robb-Smith, M.D. (2011) приводят пример, когда в свидетельствах 64 751 случай смерти был отнесен к сахарному диабету по первоначальной причине. Диагноз сахарного диабета был указан в 202 322 свидетельствах (множественные причины), а всего 411 040 умерших страдали сахарным диабетом.

Таким образом, из 411 040 умерших, болевших при жизни диабетом, только у 15,8% человек диабет был отобран в качестве первоначальной причины смерти.

Данные о множественных причинах смерти увеличивают количество информации и дают более полную картину причин смерти. Изучение, разработка и анализ множественных причин смерти представляют большой интерес, так как дают новые знания о механизмах патогенеза заболевания и наступления смерти.

Важна также разработка цепочек взаимосвязанных причин на механизм возникновения смерти при заболеваниях, наиболее часто приводящих к смерти. Такие патогенетические цепочки в настоящее время не разработаны, но очень важны для понимания механизма смерти и поиска путей воздействия на отдельные звенья цепи для предотвращения смерти. Изучение таких цепочек имеет значение для разработки рекомендаций по предупреждению наступления преждевременной смерти.

В изучении влияния множественных причин смерти важно определить значимость их сочетаний в зависимости от возраста, пола и других условий. Имеет также значение, из одного или из разных классов происходят множественные причины смерти.

В следующем разделе приводится рекомендуемый алгоритм проведения анализа смертности по множественным причинам.

7.4. Анализ смертности по множественным причинам

7.4.1. Алгоритм анализа смертности по множественным причинам

Схема 11

Алгоритм анализа по множественным причинам смерти
по данным БД «Медицинских свидетельств о смерти»



Алгоритм анализа смертности по множественным причинам состоит из нескольких этапов, представленных на Схеме 11. Эти этапы включают предварительный, заключительный анализ, выводы и предложения.

7.4.2. Этапы проведения анализа по множественным причинам смерти

Первый этап – предварительный анализ.

Он проводится отдельно при смерти:

- от заболеваний,
- от травм или отравлений.

Сначала отбирают исходную электронную базу данных по району, городу или субъекту Российской Федерации и проводят ее оценку. При этом необходимо обратить внимание на полноту заполнения строк свидетельств. Заполнение практически только первых трех строк в базе свидетельствует о недостаточном объеме информации для анализа по множественным причинам смерти вследствие неправильного оформления свидетельств.

В Таблице 13 представлен анализ полноты заполнения свидетельств при международном сопоставлении. Обращает на себя внимание, что в Тульской области, в отличие от других стран, заполняются в основном 3 строки свидетельств (98,2%), на остальные строки приходится 1,8% информации, что не дает возможности проведения анализа смертности по множественным причинам.

Таблица 13

Анализ полноты заполнения свидетельств при международном сопоставлении

Свидетельства о смерти, у которых заполнена:	Тульская обл., 2011		Франция, 1990	Канада, 2010
	абс. число	%	%	%
1 строка	2211	8,5	17,0	18,8
2 строки	17916	69,1	32,7	31,5
3 строки	5338	20,6	28,0	26,3
1-3 строки	25465	98,2	77,7	76,6
4 строки	435	1,7	14,7	14,2
5 строк	32	0,1	4,8	6,0
6 строк	10	0,04	2,3	2,1
7 строк	4	0,02	0,2	1,1
4-7 строк	481	1,8	21,8	23,4

Далее проводят верификацию баз данных, включающую:

1. Определение класса, блока МКБ-10 или конкретной нозологической единицы и с помощью автоматизированной системы выделение в отдельную базу данных.
2. Исключение путем применения правил модификации выбранной причины следующих состояний:

- банальных состояний, или состояний, маловероятно приводящих к смерти (Приложение 5);
- острой сердечной и острой дыхательной недостаточности (коды I27.9; I50.-; I51.6; I99; J96).

3. Определение степени достаточности информации о смерти для проведения анализа в новой базе данных путем определения **коэффициента кратности множественных причин смерти (ККМПС)**, который представляет собой соотношение множественных причин смерти к первоначальной причине.

ККМПС = 1,0 означает, что в свидетельстве записана только одна первоначальная причина смерти, упоминание о других причинах смерти отсутствует, логическая последовательность не указана. Данная информация о смерти крайне недостаточна, анализ по множественным причинам смерти невозможен.

ККМПС = 2,0 говорит о том, что в половине свидетельств указана только одна первоначальная причина смерти, а вторая половина содержит в среднем еще одно состояние, которое можно рассматривать как конкурирующую причину смерти.

ККМПС $\geq$ 2,0 свидетельствует о том, что большая часть причин смерти, записанных в свидетельстве, будут конкурирующими причинами, а меньшая часть – первоначальными. Однако базу данных следует считать пригодной для проведения анализа по множественным причинам смерти, если ККМПС $\geq$ 2,6.

Таблица 14

**Число используемых для анализа причин смерти
и коэффициент кратности множественных причин смерти
(ККМПС) в 2000-2011 г.г. (Тульская область)**

Годы	ППС (абс.цифры)	МПС (абс.цифры)	% используемых ППС	ККМПС
2000	33447	59002	56,7	1,8
2001	33303	58763	56,7	1,8
2002	33264	57140	58,2	1,7
2003	34878	61856	56,4	1,8
2004	33802	60997	55,4	1,8
2005	33218	62423	53,2	1,9
2006	30863	58187	53,0	1,9
2007	29107	54806	53,1	1,9
2008	29680	56623	52,4	1,9
2009	28249	57887	48,8	2,0
2010	28238	58623	48,2	2,1
2011	25945	53923	48,1	2,1

Если ККМПС < 2,6 – необходимо провести обучение врачей и кодировщиков правильному заполнению п. 22 свидетельств, повторить сбор информации для баз данных, определить ККМПС для решения вопроса о возможности проведения анализа по множественным причинам смерти.

Если ККМПС $\geq 2,6$ – базу данных следует считать пригодной для проведения анализа по первоначальной и множественным причинам смерти.

В Таблице 15 представлена характеристика баз данных одного из субъектов Российской Федерации. Анализ показывает небольшое увеличение ККМПС в динамике, что недостаточно для проведения анализа по множественным причинам смерти. Обращает на себя внимание, что используется только около половины всей информации о смерти по первоначальной причине смерти.

В Таблице 14 представлена структура причин смерти баз данных по основным классам МКБ-10. Необходимо отметить, что ККМПС умерших от всех причин равен 2,1, что недостаточно для проведения анализа всей базы данных.

Таблица 15

**Структура причин смерти баз данных органов управления
здравоохранением (Тульская область, 2011 г.)**

Основные классы МКБ-10	ППС*	МПС**	% МПС по классу от всех МПС	ККМПС	% ППС	% конкурирующих причин
Все причины смерти	25945	53923	-	2,1	48,1	51,9
Новообразования	3789	7731	14,3	2,1	49,0	51,0
Б-ни эндокринной системы	690	2297	4,3	3,3	30,0	70,0
Б-ни нервной системы	168	10551	19,6	62,8	1,6	98,4
Б-ни системы кровообращения	15671	29376	54,5	1,9	53,3	46,7
Б-ни органов дыхания	929	4275	7,9	4,6	21,7	78,3
Б-ни органов пищеварения	1147	3771	7,0	3,3	30,4	69,6
Б-ни мочеполовой системы	186	915	1,7	4,9	20,3	79,7
Симптомы	110	7719	14,3	70,2	1,4	98,6
Травмы и отравления	2291	3441	6,4	1,5	66,6	34,4

* ППС – первоначальная причина смерти

** данные по классам МКБ-10 получены из отобранных по классам БД, при этом сумма строк данной графы больше общего числа множественных причин смерти (МПС), т.к. одни и те же состояния могут входить в разные строки

Анализ показал, что по отдельным классам МКБ-10 величина ККМПС является достаточной для проведения анализа по множественным причинам смерти, например, болезни эндокринной системы – 3,3, болезни органов дыхания – 4,6 и т.д.

ККМПС определяется по каждому классу, выделенному в отдельную базу данных, поэтому сумма всех множественных причин смерти по классам больше общего числа множественных причин.

Необходимо понимать, что, например, ККМПС = 62,8 при болезнях нервной системы говорит только о наличии большого числа конкурирующих причин из этого же класса. Поэтому следует ориентироваться на те причины,

которые содержатся в отдельной базе данных, отобранной для конкретного анализа по какому-либо заболеванию или группе болезней.

С увеличением ККМПС доля первоначальных причин смерти уменьшается, а доля конкурирующих причин смерти – увеличивается. Оптимальным показателем удельного веса конкурирующих причин следует считать 60% и более.

Обращает на себе внимание тот факт, что болезни нервной системы реже других классов МКБ-10 выбираются в качестве первоначальной причины смерти.

С помощью автоматизированной системы из баз данных получают таблицы смертности по первоначальной и множественным причинам смерти, в разрезах: по полу и возрастам, а также делают выборки по структурам: осложнений и сопутствующих заболеваний.

Второй этап – заключительный анализ.

Он включает в себя определение % вклада конкурирующих причин в смерть от выбранных нозологических единиц, или классов МКБ-10, а также нахождение новых патогенетических цепочек для разработки методов патогенетической терапии и создания архива.

По выбранным классам, блокам или отдельным нозологическим единицам строят статистические таблицы с ранжированием для проведения анализа.

На **третьем этапе** по результатам полученных данных делают выводы и дают рекомендации о необходимости:

- улучшения качества оказания медицинской помощи (определение тактики ведения тяжелых больных, разработка методов патогенетической терапии и коррекция стандартов ведения больных);
- улучшения организации здравоохранения (проведение реструктуризации сети и штатов, корректировка планов снижения смертности от управляемых причин, использование патогенетических цепочек для обучения врачей и кодировщиков правильному оформлению свидетельств).

7.5. Пример проведения анализа базы данных по множественным причинам смерти

Анализ был начат с формирования базы данных умерших от острых нарушений мозгового кровообращения (коды I60-I64) за год.

Затем была проведена верификация базы данных (1981 запись), были исключены банальные состояния, сердечная и дыхательная недостаточности (22 состояния), что составило 1,1% от всех состояний.

ККМПС для этой базы данных после верификации не изменился и составил 2,6. Данный показатель характеризует базу данных как достаточную для проведения анализа по множественным причинам смерти.

Из оставшихся записей, содержащих 4670 множественных причин, с помощью автоматизированной системы была получена структура смертности для определения вклада конкурирующих причин смерти (Таблица 16).

Таблица 16

**Структура смертности баз данных, умерших
от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК)
(Тульская область, 2011 г.)**

Причины смерти	ОНМК (I60-I64)			
	БД до верификации		БД после верификации	
	абс.	%	абс.	%
Всего случаев	1986	-	1981	-
ППС (ОНМК*)	1789	38,1	1785	38,2
МПС всего, в т.ч.:	4692	100,0	4670	100,0
Новообразования	25	0,5	25	0,5
Болезни эндокринной системы	159	3,4	158	3,4
Болезни нервной системы	1626	34,7	1621	34,7
Болезни системы кровообращения	2665	56,8	2647	56,7
в т.ч.: по ППС (ОНМК)	1789	38,1	1785	38,2
ППС (прочие причины)	32	0,7	31	0,7
МПС (ОНМК, включая ППС)	1988	42,4	1983	42,5
МПС (прочие причины)	677	14,4	664	14,2
Болезни органов дыхания	143	3,0	145	3,1
Болезни органов пищеварения	16	0,3	16	0,3
Болезни мочеполовой системы	6	0,1	7	0,1
Симптомы	42	0,9	42	0,9
Прочие состояния	10	0,2	9	0,2
Исключенные состояния	-	-	22	1,1
ККМПС	2,6	-	2,6	-

* ОНМК – острые нарушения мозгового кровообращения

Анализ базы данных после верификации показал, что в ней имеется 1981 запись, содержащая 4670 состояний. Первоначальные причины смерти – острые нарушения мозгового кровообращения составляют всего 38,2% от всех записанных причин. ККМПС = 2,6.

В части 1 на трех строках записано 4025 состояний, в среднем это 2,0 состояния на 1 свидетельство.

В части 2 записано 645 состояний, что составляет 13,8% от всех записанных в свидетельствах причин.

Анализ структуры баз данных показал, что по первоначальной причине смерти острые нарушения мозгового кровообращения (I60-I64) были выбраны в 1785 случаях, еще в 198 случаях (10%) острые нарушения мозгового кровообращения были указаны в качестве осложнений других заболеваний. В их числе на первом месте стоит сахарный диабет (141 случай) и злокачественные новообразования (18 случаев).

Вклад в смертность конкурирующих причин составил 2885 состояний. По рангу они распределились так:

- от болезней нервной системы – 1621 состояние (56,2%);

- от болезней органов кровообращения – 862 состояния (29,9%);
- от болезней эндокринной системы – 158 состояний (5,5%);
- от болезней органов дыхания – 145 состояний (5,0%).

На первом месте среди конкурирующих причин находятся болезни нервной системы (1621 состояние, или 56,2%), однако подавляющее число из них – 1615 (99,6%) – это одно и то же состояние – «отек мозга» (код G93.6). Это свидетельствует о том, что данное состояние «механически» сопровождает почти все острые нарушения мозгового кровообращения (1785) и является «шаблонным диагнозом». Кроме того, данное состояние может являться как осложнением, так и проявлением различных состояний, т.е. типичным симптомом, характерным для данного заболевания и тесно с ними связанным. Проявления болезней не следует включать в свидетельства в качестве причин смерти.

Второе место занимают болезни органов кровообращения (29,9%). Прочие причины из класса IX «Болезни системы кровообращения» (862 состояния) включают:

- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I15) – 352 состояния;
- ишемические болезни сердца (I20-I25) – 153 состояния, из них 138 состояний – это хроническая ишемическая болезнь сердца (I25);
- хронические цереброваскулярные заболевания (I67-I69) – 107 состояний.

На основании полученных данных можно сделать следующие **выводы и предложения**:

1. Свидетельства оформляются без соблюдения рекомендаций: 112 записей имеют только одно состояние, 1615 записей содержат одно и то же состояние – «отек мозга», которое является «шаблонным» диагнозом, так как сопровождает 99,3% диагнозов «острое нарушение мозгового кровообращения». При проведении обучения врачей и кодировщиков необходимо обратить внимание на исключение из свидетельств «шаблонных» диагнозов и включения более информативных состояний.

2. После исключения «шаблонных» диагнозов наибольший удельный вес в конкурирующих причинах заняли болезни органов кровообращения, преимущественно хронические формы; мало указано состояний из других классов МКБ-10.

3. Механизм смерти не указан, во многих случаях не приведена логическая последовательность, в основном указаны только 2 состояния: отек мозга (1615 состояний) и кома (40 состояний).

4. Конкурирующих причин для анализа недостаточно, а с исключением «шаблонных» диагнозов их число снизится с 2885 до 1270 состояний, ККМПС будет равен 1,7, в связи с чем анализ будет нецелесообразен.

5. При обучении врачей и кодировщиков важно разъяснять необходимость построения логической последовательности, а также

заполнения части 2 свидетельства для возможности проведения анализа по множественным причинам смерти.

Таким образом, после проведения анализа были выявлены ошибки, после устранения которых, база данных становится непригодной для анализа по множественным причинам смерти ($\text{ККМПС} \leq 2,6$). Однако проведение такого предварительного анализа необходимо для окончательной верификации базы данных и ее подготовки к проведению анализа по множественным причинам с конкретными выводами и предложениями для практики.

7.6. Значение множественных причин для анализа причин смерти

Анализ по множественным причинам смерти имеет практическое значение для органов управления здравоохранением, так как позволяет:

- изменять приоритеты;
- вносить коррективы в имеющуюся сеть медицинских организаций и штаты врачей-специалистов;
- разрабатывать новые подходы к тактике ведения больных, к лечению и профилактике различных заболеваний.

Разработка и анализ множественных причин по свидетельствам нуждается в дальнейшем изучении. Это, несомненно, позволит получить новые знания и выявить степень влияния всей цепочки причин на наступление смерти, планировать медицинскую помощь и принимать необходимые обоснованные управленческие решения, направленные на снижение смертности и заболеваемости.

Глава 8. Статистика заболеваемости

8.1. Понятие «основного состояния»

Еще в XIX столетии первый медицинский статистик Англии и Уэльса Уильям Фарр в свою «Классификацию болезней» добавил не смертельные болезни, влияющие на здоровье.

Во время действия Шестого пересмотра МКБ было получено много просьб о создании классификации, пригодной для проведения анализа заболеваемости. Данные заболеваемости, содержащиеся в МКБ, все чаще стали использоваться при планировании программ в области здравоохранения, при эпидемиологических исследованиях различных групп населения, в клинических исследованиях.

Состояние, которое должно использоваться в статистике для анализа заболеваемости по единичной причине, - это **«основное»** состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование в течение соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью.

«Основное» состояние определяется как состояние, установленное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого пациента главным образом лечили или обследовали. Если имеется более одного состояния, выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

Если диагноз не был установлен, то в конце эпизода оказания медицинской помощи в качестве «основного» состояния следует выбрать основной симптом, отклонение от нормы или проблему, послужившие поводом для оказания медицинской помощи.

Дополнительно к «основному» состоянию, где только это возможно, должны перечисляться раздельно другие состояния или проблемы, которые имели место в течение соответствующего эпизода медицинской помощи. Другие состояния определяются как такие состояния, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медицинской помощи и оказывают влияние на лечение пациента (фоновые, конкурирующие, сопутствующие). Состояния, которые были связаны с более ранним эпизодом и которые не оказывали влияние на текущий эпизод, не должны регистрироваться.

Ограничение анализа разработкой по единичной причине для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому рекомендуется осуществлять по возможности кодирование и анализ заболеваемости по множественным причинам с тем, чтобы дополнить обычные данные.

Эпизод оказания медицинской помощи начинается с момента обращения пациента по любому поводу в медицинскую организацию или к частнопрактикующему врачу и заканчивается, когда цель обращения достигнута. Заболевания, патологические состояния регистрируются в конце данного эпизода оказания медицинской помощи.

8.2. Порядок записи диагностической информации для анализа данных о заболеваемости по единичной причине

Врач, при оформлении документации на каждый случай оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а также записать другие состояния. Эта информация должна излагаться систематизировано (см. Главу 4).

Правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации помощи пациенту и является одним из ценных источников эпидемиологической и другой статистической информации о заболеваемости и различных проблемах медицинской помощи.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы классифицировать состояние соответствующей рубрикой МКБ-10.

Например:

- сахарный диабет 1 типа с множественными осложнениями: инфаркт мозга, нефропатия;
- идиопатический остеопороз с патологическим переломом шейки бедренной кости;
- перелом основания черепа у водителя мотоцикла вследствие столкновения с легковым автомобилем при дорожном несчастном случае.

Если к концу эпизода медицинской помощи точный диагноз не был установлен, то следует регистрировать ту информацию, которая в наибольшей степени позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование.

В этих крайних случаях информация может быть представлена в виде симптома, отклонения от нормы или проблемы (например: «гангрена», «носовое кровотечение»), но не в виде неопределенной формулировки диагноза, такой как «возможный», «сомнительный», «предполагаемый», в случае, когда он подразумевается, но не был окончательно установлен.

8.3. Обращения в учреждения здравоохранения по причинам, не относящимся к заболеваниям (XXI класс)

Обращения в медицинские организации могут быть не только по причине лечения или обследования по поводу текущей болезни или травмы. Обращение может иметь также место, когда лицо, в настоящее время, не являющееся больным, нуждается или получает определенные виды помощи или обслуживания; детали соответствующих обстоятельств также должны регистрироваться в качестве «основного» состояния.

Группировка этих обстоятельств представлена в блоках XXI класса:

Z00-Z13 Обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования;

Z20-Z29 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями;

Z30-Z39 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции;

Z40-Z54 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи;

Z55-Z65 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами;

Z70-Z76 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами;

Z80-Z99 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным или семейным анамнезом и определенными обстоятельствами, влияющими на здоровье.

Обращения должны быть записаны в первичной медицинской документации самостоятельной формулировкой, соответствующей рубрикам XXI класса, с присвоением кода по МКБ-10.

Например:

- медицинский осмотр перед поступлением на работу Z02.1;
- общая проверка здоровья определенных подгрупп населения - Z10.-;
- обращения в связи с получением медицинских документов (нетрудоспособности, инвалидности, свидетельства о смерти и др.) - Z02.7;
- контакт с больными инфекционными болезнями - Z20.-;
- носительство возбудителя инфекционной болезни - Z22.-;
- введение внутриматочного противозачаточного средства - Z30.1;
- искусственное оплодотворение - Z31.1;
- наблюдение за течением нормальной первой беременности Z34.0;
- примерка и подгонка очков Z46.0;
- смена хирургических повязок и удаление швов - Z48.0;
- экстракорпоральный диализ - Z49.1;
- реабилитация при болезни сердца Z50.0;
- химиотерапия по поводу новообразования - Z51.1;
- паллиативная помощь - Z51.5;
- состояние выздоровления - Z54.-;
- консультирование по вопросам питания Z71.3;
- выдача повторного рецепта на медикаменты, очки - Z76.0.

8.4. Множественные состояния

Если в течение эпизода оказания медицинской помощи имеет место наличие нескольких заболеваний или состояний, взаимосвязанных между собой, то одно из этих состояний, как правило, являющееся более тяжелым и влекущее наибольшие расходы, чем остальные состояния, следует регистрировать как **«основное»** состояние, а остальные – как «другие» состояния.

В тех случаях, когда отсутствует одно превалирующее состояние, и имеют место «множественные» состояния, предусмотренные самостоятельными рубриками МКБ-10, например, «множественные открытые раны шеи» или «болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций», то такой диагноз может быть выставлен в качестве **«основного»** состояния с расшифровкой входящих состояний или без расшифровки.

Однако в случае «множественных» состояний необходимо стремиться к выделению только одного состояния в качестве **«основного»** и всех остальных в качестве сопутствующих, так как такая тактика свидетельствует об уточненном диагнозе и дает возможность статистического анализа по множественным причинам.

8.5. Состояния, являющиеся следствием внешних причин

При наличии в качестве **«основного»** состояния травмы или отравления необходимо помнить о **двойном кодировании**: в качестве **«основного»** должны быть выбраны два состояния – травма (отравление) и внешняя причина, ее вызвавшая.

Например:

«Основное» состояние - травматическое субдуральное кровоизлияние
S06.5

случайное падение со строительных лесов
на производстве W12.6

«Другие» состояния: закрытый перелом свода и основания черепа,
открытый перелом диафиза правого бедра,
множественные переломы костей правой голени.

8.6. Последствия болезней и травм

Если в момент обращения признаки заболеваний или травм отсутствуют, а имеются их остаточные явления, то необходимо **подробно описывать эти остаточные явления** (желательно, в виде нозологических единиц) и указывать их происхождение, четко отметив при этом, что **«основное»** заболевание, послужившее причиной остаточных явлений, в настоящее время отсутствует. **«Основным»** состоянием следует считать то заболевание или травму, которая имеется в момент обращения, например,

«искривление носовой перегородки» как результат перелома костей носа в детстве.

Формулировки «последствий» заболеваний и травм используют в статистике смертности, в статистике заболеваемости необходимо расшифровывать все входящие в понятие «последствия» в виде самостоятельных нозологических единиц, которые и следует регистрировать. Код последствий используют как дополнительный. Всегда следует стремиться к более точной и детальной формулировке диагноза.

8.7. Принципы кодирования «основного» и «других» состояний

8.7.1. Общие положения

«Основное» состояние и «другие» состояния, относящиеся к данному эпизоду медицинской помощи, должен указывать лечащий врач. Для кодирования и статистической обработки данных следует взять выбранное «основное» состояние.

Если у статистика возникают сложности при проверке выбора и кодирования врачом «основного» состояния, то есть имеется медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным «основным» состоянием, его следует возвращать врачу для уточнения.

Если нет возможности уточнить данные, применяют правила повторного выбора «основного» состояния MB1-MB5 (см. раздел 8.8.).

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизодам медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ-10 «основного» состояния.

8.7.2. Необязательные дополнительные коды

Для большей информативности необходимо наряду с кодом «основного» состояния указывать добавочные, или дополнительные коды.

Предпочтительный код, определяющий «основное» состояние, используют для анализа заболеваемости по единичной причине, а добавочный код следует применять при анализе по множественным причинам.

8.7.3. Двойное кодирование

Для кодирования различных состояний используются коды и с крестиком (†) и со звездочкой (*), так как они обозначают два различных подхода к кодированию.

Основным кодом для официальной статистики является код с крестиком (†), который используют для кодирования «основного» состояния.

Коды со звездочкой (*) имеются не для всех состояний, они используются только для дополнительных статистических разработок.

Пример 1

Основное состояние: Туберкулез почек.

Кодируют туберкулез почек (A18.1†)

Для дополнительной статистической разработки используют:
поражение почек при туберкулезе (код N29.1*)

8.7.4. Кодирование предполагаемых состояний и состояний из классов XVIII и XXI

Диагнозы предполагаемых состояний, как и коды их классов XVIII и XXI, должны применяться врачами только в крайних случаях, когда нет возможности уточнить имеющееся заболевание или травму.

В крайних случаях симптом выбирают в качестве «основного» состояния.

Пример 2

Основное состояние: Асцит (код R18)

Если предполагаемое состояние не уточнено и нет дополнительной информации об уточнении диагноза, то кодируют этот предполагаемый диагноз, как если бы он был уточнен.

Пример 3

Основное состояние: Подозрение на острый аппендицит.

Кодируют острый аппендицит (K35.9).

Если пациент поступил с предполагаемым состоянием, и в процессе обследования — это состояние было исключено, то кодируют «Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание и патологическое состояние» (рубрика Z03).

Пример 4

Основное состояние: Диагноз инфаркта миокарда исключен.

Кодируют наблюдение при подозрении на инфаркт миокарда (Z03.4).

8.7.5. Кодирование множественных состояний

Если диагностическая формулировка представлена множественным состоянием и ни одно из входящих состояний не обозначено как «основное», следует использовать код множественного состояния.

Следует помнить, однако, что это снижает значимость статистической разработки, поэтому желательно обозначать в качестве «основного» наиболее тяжелое заболевание.

8.7.6. Использование комбинированных рубрик

В МКБ-10 существуют специальные рубрики для обозначения связанных состояний.

Пример 5

Основное состояние: Сердечная недостаточность

Другое состояние: Гипертензивная болезнь с поражением сердца

В качестве «основного» состояния используют гипертензивную болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью – код I11.0.

В Алфавитном указателе (том 3) такие рубрики представлены в виде отступа за ведущим термином с предлогом «с».

Пример 6

Основное состояние: Катаракта при сахарном диабете I типа.

Другое состояние: Артериальная гипертензия

Профиль отделения: Офтальмология

В качестве «основного» состояния используют сахарный диабет I типа с поражением глаз, код E10.3†; код диабетической катаракты H28.0* можно использовать для дополнительной статистической разработки.

8.7.7. Кодирование внешних причин заболеваемости

В случае травм, отравлений, вызванных внешними причинами, используется «двойное кодирование»: в качестве «основного» состояния используются 2 кода: код характера травмы (XIX класс) и код внешней причины (XX класс).

Пример 7

Основное состояние: Перелом шейки бедра в результате падения на улице.

Коды «основного» состояния: по характеру травмы – S72.0; по внешней причине – W01.4.

В случае других состояний, вызванных внешними причинами, МКБ-10 рекомендует использовать в качестве основного код характера состояния, а код внешней причины как дополнительный.

Пример 8

Основное состояние: Аллергический дерматит, вызванный приемом тетрациклина.

Код «основного» состояния – L27.1; дополнительный код внешней причины – Y40.4 (тетрациклин, как лекарственное средство, являющееся причиной неблагоприятной реакции при терапевтическом применении).

8.7.8. Кодирование последствий отдельных заболеваний

В МКБ-10 имеются рубрики для обозначения последствий отдельных состояний (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89). Эти рубрики используются в случае необходимости обследования и лечения. В качестве «основного» состояния следует применять код состояния, возникшего как самостоятельная нозологическая единица, составная часть «Последствия», само «Последствие» – как дополнительный код.

Пример 9

Основное состояние: Параплегия в результате старого инфаркта мозга.

Код «основного» состояния – G82.2; дополнительный код – I69.3.

Если имеется несколько состояний, входящих в «Последствия», то выбор одного из них в качестве «основного» производится в соответствии с правилами МКБ-10. Промежуток времени между проявлением и самим «Последствием» не имеет значения.

8.7.9. Кодирование острых и хронических состояний

В случае записи одновременно двух стадий – острой и хронической одного и того же состояния, предпочтение отдают острому состоянию.

Пример 10

Основное состояние: Острый и хронический холецистит.

«Основное» состояние – острый холецистит (код K81.0); код – K81.1 «Хронический холецистит» – используют для дополнительной статистической разработки.

Исключением являются отдельные рубрики и подрубрики МКБ-10, предназначенные для комбинации таких состояний.

Пример 11

Основное состояние: Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей.

Другое состояние: Хроническая обструктивная легочная болезнь.

Кодируют хроническую обструктивную легочную болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (код – J44.0).

8.7.10. Кодирование заболеваний и осложнений, возникших после медицинских процедур

Рубрики Т80-Т88 предусмотрены для некоторых осложнений, связанных с хирургическими и другими процедурами. Указание внешней причины обязательно.

Пример 12

Основное состояние: Поддиафрагмальный абсцесс после операции на печени.

Кодируют послеоперационный поддиафрагмальный абсцесс – Т81.4.

Внешняя причина – недостаточная стерильность при проведении хирургической операции Y62.0.

Большинство классов, относящихся к системам органов, также содержит специальные рубрики для кодирования состояний, которые возникли как последствие медицинских процедур.

Пример 13

Основное состояние: Гипотиреозидизм в результате радиотерапии по поводу рака щитовидной железы.

Кодируют гипотиреозидизм, вызванный облучением (код E89.0).

8.8. Правила повторного выбора, если «основное» состояние записано неправильно

В обязанности каждого врача входит правильный выбор «основного» состояния для обеспечения его кодирования и дальнейшей статистической разработки.

Однако если при проверке правильности выбора возникли сомнения и невозможно получить дополнительную информацию от врача, следует использовать правила повторного выбора «основного» состояния.

Правило MB1. Легкое состояние записано как «основное» состояние, более тяжелое состояние записано как «другое» состояние

Если легкое состояние записано как «основное», а более тяжелое состояние, по поводу которого больной получал помощь, записано как «другое» состояние, производят повторный выбор и в качестве «основного» выбирают более тяжелое состояние.

Пример 14

Основное состояние: Атеросклеротический кардиосклероз

Другие состояния: Сахарный диабет I типа
с множественными осложнениями
Гипертензивная болезнь

Профиль отделения: Общая терапия

Повторно в качестве «основного» состояния выбирают сахарный диабет I типа с множественными осложнениями – код E10.7.

Правило MB2. Несколько состояний записаны как «основное» состояние

Если имеются обстоятельства, позволяющие из нескольких состояний выбрать одно «основное», то выбирают это состояние. Если такие данные отсутствуют, выбирают первое упомянутое состояние.

Пример 15

Основное состояние: Гипертоническая болезнь с поражением сердца
Внутричерепное кровоизлияние в ствол
Сахарный диабет I типа

Профиль отделения: Неврология

В качестве «основного» состояния с учетом тяжести заболевания и профиля отделения выбирают внутричерепное кровоизлияние в ствол – код I61.3.

Пример 16

Основное состояние: Гипертоническая болезнь с поражением сердца
Атеросклеротический кардиосклероз
Хронический обструктивный бронхит

Профиль отделения: Терапия

В качестве «основного» выбирают первое упомянутое состояние – гипертоническую болезнь с поражением сердца, код I11.9

Правило MB3. Состояние, записанное в качестве «основного» состояния, представляет собой симптом диагностического состояния, по поводу которого проводилось лечение

Если в качестве «основного» состояния записаны симптом или признак состояния, записанного в другой части медицинского документа, и помощь проводилась по поводу этого последнего состояния, то его выбирают в качестве «основного».

Пример 17

Основное состояние: Носовое кровотечение
Другое состояние: Гипертонический криз
Профиль отделения: Терапия

В качестве «основного» состояния выбирают гипертонический криз и кодируют рубрикой I10.

Правило MB4. Специфичность

Если в качестве «основного» указано состояние, которое описано только в общих чертах, а имеется более точная формулировка «основного» состояния, которая записана в другой части медицинского документа, то повторно выбирают более точное состояние.

Пример 18

Основное состояние: Карциноматоз
Другое состояние: Рак верхней доли правого легкого
Профиль отделения: Онкология

В качестве «основного» выбирают более точное состояние – рак верхней доли правого легкого и кодируют C34.1.

Правило MB5. Альтернативные основные диагнозы

Если в качестве «основного» состояния указан симптом или признак, который может быть проявлением одного или другого состояния, то в качестве «основного» состояния выбирают этот симптом.

Пример 19

Основное состояние: Острый живот
Другие состояния: Острый аппендицит
Кишечная непроходимость
Профиль отделения: Хирургия

В качестве «основного» состояния выбирают острый живот (код R10.0), который может быть проявлением и острого аппендицита и кишечной непроходимости.

Если в качестве «основного» состояния указаны два или более диагностических вариантов, выбирают первое из записанных состояний.

Пример 20

Основное состояние: Острый холецистит
Острый панкреатит
Профиль отделения: Хирургия

В качестве «основного» состояния выбирают первое записанное состояние – острый холецистит – код K81.0.

8.9. Отличие статистики заболеваемости от статистики смертности

Статистика заболеваемости подразделяется на госпитальную и амбулаторно-поликлиническую.

В госпитальной статистике кодируется только одно «основное» заболевание (осложнения основного заболевания, фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни не кодируются).

В амбулаторно-поликлинической статистике кроме основного заболевания кодируются все другие имеющиеся заболевания и состояния, кроме осложнений основной болезни.

Регистрация заболеваний производится 1 раз в году в отчетной Форме №12 федерального статистического наблюдения.

В случае смерти кодируются все отобранные и записанные в свидетельстве состояния, и из них выбирается первоначальная причина смерти. Первоначальная причина смерти иногда не совпадает с формулировкой заключительного клинического или патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза.

Первоначальная причина смерти учитывается в официальной статистике причин смерти. Остальные причины смерти используются для дополнительного анализа по множественным причинам смерти.

Случаи смерти также должны быть зарегистрированы в Форме №12 и сняты с диспансерного наблюдения.

Том 2

Введение

В данном томе содержится информация об особенностях кодирования диагнозов заболеваний и состояний, включенных в различные классы МКБ-10. Так, например, подавляющее большинство заболеваний из различных классов, встречающихся у беременных, рожениц и родильниц, кодируются не кодами этих классов, а кодами XV класса.

Кроме того, в каждом классе имеются свои особенности выбора основного состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины смерти в статистике смертности.

МКБ-10 тесно связана со статистическим учетом, который каждая страна определяет для себя сама, поэтому в данном томе содержатся элементы статистического учета, отчетности и анализа, используемые в России, которые также имеют различия по классам МКБ-10.

В раздел включены обновления ВОЗ 1996-2019 г.г., которые касаются изменений формулировок состояний, включенных и исключенных рубрик и подразбук, изменений правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

Статистика заболеваемости включает понятие «основного состояния», которое должно быть определено лечащим врачом в соответствии с правилами МКБ-10 в конце эпизода оказания медицинской помощи и с учетом специальности врача при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и профиля отделения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

Мировая статистика основана на одной причине – это «основное состояние» в статистике заболеваемости и первоначальная причина смерти в статистике смертности, поэтому заключительный клинический или посмертный диагноз должен включать только одно основное заболевание, или состояние – одну нозологическую единицу.

Статистика смертности включает также примеры заполнения части 1 пункта 22 свидетельства в соответствии с правилами МКБ-10. На данные примеры можно ориентироваться только как образец заполнения свидетельства, но их нельзя использовать в качестве шаблонов, так как сочетания различных причин смерти у каждого умершего индивидуальны.

Медицинское свидетельство о смерти является вторичным документом, оно должно заполняться только после оформления посмертного эпикриза, протокола патологоанатомического вскрытия и акта судебно-медицинского исследования трупа, включающего в себя полный рубрифицированный, т.е. состоящий из определенных разделов посмертный диагноз (клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский).

Свидетельство является не копией посмертного диагноза, а его «квинтэссенцией». В свидетельство должны быть отобраны только

необходимые для статистики причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

Во всех примерах кодирование и выбор первоначальной причины смерти были проверены при помощи автоматизированной системы регистрации смертности, содержащей блок «АСМЕ», производящий автоматический выбор первоначальной причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10 и считающийся международным стандартом. Эти примеры полностью соответствуют правилам МКБ-10.

В данном томе впервые представлены различные варианты патогенеза механизма умирания от отдельных заболеваний, что важно для составления логических последовательностей в медицинских свидетельствах о смерти. Данные варианты нуждаются в дальнейшем изучении и практическом применении, так как «с точки зрения предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь. Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине проявить свое действие»¹⁸.

¹⁸ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

Глава 1. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (A00-B99)

Из класса I исключены:

- инфекционные и паразитарные болезни (за исключением акушерского столбняка), осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период – кодируются в классе XV;
- инфекционные и паразитарные болезни, характерные для перинатального периода (за исключением столбняка новорожденных, врожденного сифилиса, перинатальной гонококковой инфекции и заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] в перинатальном периоде) – кодируются в классе XVI (P35-P39);
- грипп и другие острые респираторные инфекции – кодируются в классе X (J00-J22);
- некоторые локализованные инфекции – кодируются в других классах;
- носительство или подозреваемое носительство возбудителя инфекционной болезни – кодируется в классе XXI (Z22.-).

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают состояниям из исключенных классов, а не инфекционным и паразитарным болезням. При выборе «основного состояния» и первоначальной причины смерти руководствуются правилами МКБ-10.

В класс I обновлениями ВОЗ внесены следующие изменения:

- добавлены новые четырехзначные подрубрики в рубрику A09 «Другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточненного происхождения»;
- добавлена подрубрика B17.9 «Острый вирусный гепатит неуточненный».
- в рубрику B33 добавлена новая подрубрика B33.4 «Хантавирусный (кардио)-пульмональный синдром (HPS)»;
- термин «септицемия» (рубрики A40-A41) заменен на «сепсис»;
- добавлен «Пневмоцистоз» в рубрику B48.5 и исключена рубрика B59;
- добавлена «Болезнь, вызванная вирусом Зика» (рубрика B92.5);
- добавлена «Денге» в рубрику A97 и исключена «Лихорадка Денге» (рубрики A90 и A91);
- исключена болезнь, вызванная ВИЧ, у беременных, рожениц и родильниц (кодируется в XV классе подрубрикой O98.7).

1. Туберкулез (A15-A19)

1.1. Из блока «Туберкулез» (A15-A19) исключены:

- врожденный туберкулез (P37.0);
- пневмокониоз, связанный с туберкулезом (J65);
- силикотуберкулез (J65);
- последствия туберкулеза (B90.-);
- болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями туберкулеза (B20.0).

Туберкулез органов дыхания содержит 2 рубрики: туберкулез подтвержденный (A15) и не подтвержденный (A16) бактериологически и гистологически.

Туберкулез (A15-A19) занимает в структуре заболеваемости I класса примерно около 2%, а в структуре смертности – около 40% удельного веса от всех инфекционных и паразитарных заболеваний.

Туберкулез – это одно заболевание, которое может протекать с поражением одного органа или может включать формы с поражением нескольких различных органов или систем.

При наличии поражения только одного органа это поражение указывается в качестве основного заболевания или первоначальной причины смерти.

При наличии поражения нескольких органов диагностируется милиарный туберкулез множественной локализации (подрубрика A19.1) или множественный (генерализованный) туберкулез (подрубрика A19.9) с указанием конкретных входящих форм. Наличие двух и более локализаций туберкулеза нельзя регистрировать в качестве нескольких нозологических единиц.

Пример формулировки нозологического компонента заключительного клинического диагноза генерализованного туберкулеза:

Диагноз основного заболевания	Генерализованный туберкулез: туберкулез легкого, почек, кишечника	A19.9
Осложнения	прободная язва кишечника хроническое легочное сердце амилоидоз почек хроническая почечная недостаточность	
Фоновое заболевание	Артериальная гипертензия	I10.X
Сопутствующие заболевания	Атеросклеротический кардиосклероз Хронический обструктивный бронхит	I25.1 J44.8

Для статистического учета регистрируются только самостоятельные нозологические единицы из заключительного клинического (патологоанатомического, судебно-медицинского) диагноза, за исключением осложнений.

При постановке посмертного диагноза следует помнить, что этот диагноз должен быть уточненным. Так, например, для уточненного туберкулеза органов дыхания должны использоваться только формулировки из рубрики A15. Нежелательно использовать для заключительного клинического или посмертного диагноза «неуточненный туберкулез органов дыхания (A16).

В МКБ-10 диагноз «диссеминированный туберкулез» не относится к туберкулезу органов дыхания, а классифицируется подрубрикой A19.9.

Рубрика A17† «Туберкулёз нервной системы» и частично рубрика A18 «Туберкулез других органов» подлежат двойному кодированию. При этом в официальной статистике используются только рубрики со знаком «крестик» (†).

Рубрику R76.1 «Аномальная реакция на туберкулиновую пробу» (включая аномальные результаты реакции Манту) в качестве диагноза не используют. Для этих целей применяют рубрику Z03.0 «Наблюдение при подозрении на туберкулез».

Введена новая подрубрика Z22.7 «Латентный туберкулез».

Следует учитывать, что клиническая классификация туберкулеза, используемая в Российской Федерации, в настоящее время не соответствует МКБ-10, в связи с чем не может использоваться в учетной медицинской документации для целей государственной статистической отчетности.

1.2. Статистика заболеваемости

Диагноз «туберкулез» для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи туберкулеза, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

При наличии у пациента множественных (двух и более) локализаций туберкулеза их регистрируют рубрикой A19.9 «Множественный туберкулез» с расшифровкой имеющих конкретные формы туберкулеза. Эти локализации не могут быть зарегистрированы как самостоятельные заболевания.

Так как у пациента может быть только один «туберкулез», поэтому число заболеваний всегда равно числу пациентов.

При сочетании туберкулеза с болезнью, вызванной ВИЧ, регистрацию заболевания производят в конце эпизода оказания медицинской помощи следующим образом:

- если туберкулез был диагностирован до установления диагноза «болезнь, вызванная ВИЧ», регистрируют туберкулез, как самостоятельное заболевание (A15-A19);

- если туберкулез диагностирован после установления диагноза «болезни, вызванной ВИЧ», регистрируют «болезнь, вызванную ВИЧ» с проявлениями туберкулеза (B20.0; B20.7; B22.7); при этом туберкулез как самостоятельное заболевание не регистрируется.

После проведенного лечения при отсутствии данных (объективных, функциональных, лабораторных, инструментальных) о наличии у пациента «туберкулеза», используют рубрику Z86.1 «В личном анамнезе туберкулез». При этом пациента снимают с диспансерного наблюдения как больного туберкулезом, но при необходимости наблюдают как пациента, перенесшего туберкулез, в соответствии с кодом Z86.1 (XXI класс МКБ-10).

Последствия туберкулеза (B90) – самостоятельная нозологическая единица, в которую включаются различные состояния, уточненные как таковые, а также остаточные явления заболеваний, классифицированных в рубриках A15-A19, если очевидно, что причинное заболевание в настоящее время отсутствует.

Туберкулез – хроническое заболевание, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) ежегодно один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости туберкулезом отражается в учетных формах: Карте, Талоне, Истории, Медкарте, Статкарте и в Форме № 12. Случаи оказания медицинской помощи пациентам, больных туберкулезом, в стационарных условиях отражаются в Форме № 14.

1.3. Статистика смертности

При летальном исходе придерживаются следующих правил.

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют свидетельство. Из рубрифицированного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под специальные правила выбора первоначальной причины смерти.

При сочетании туберкулеза со злокачественным новообразованием, первоначальной причиной смерти выбирают злокачественное новообразование при наличии его смертельных осложнений.

При сочетании туберкулеза и болезни, вызванной ВИЧ, в качестве первоначальной причины смерти в соответствии со специальным правилом МКБ-10 всегда выбирается болезнь, вызванная ВИЧ, независимо от того, какое заболевание было диагностировано раньше.

При сочетании туберкулеза органов дыхания (A15-A16) с пневмокониозом (J65), в качестве первоначальной причины смерти выбирают пневмокониоз (J65).

При сочетании туберкулеза органов дыхания (A15-A16) с туберкулезом нервной системы и других органов (A17-A18) в качестве первоначальной причины смерти выбирают туберкулез органов дыхания (A15-A16), при условии, что он существовал до туберкулеза нервной системы и других органов (A17-A18).

Генерализованный, множественный и диссеминированный туберкулез, записанный без расшифровки входящих локализаций, в качестве основного заболевания в заключительном клиническом посмертном диагнозе выбирается в качестве первоначальной причины смерти и кодируется подрубрикой A19.9.

При сочетании туберкулеза и острой травмы или отравления (до одного месяца) или острой хирургической патологии, в качестве первоначальной причины смерти выбирается травма или отравление, или острая хирургическая патология, а туберкулез указывается в качестве прочей причины смерти в части 2 свидетельства.

Для кодирования туберкулеза, как причины материнской смертности, используют подрубрику O98.0.

Если летальный исход наступил без обращения к врачу и без оказания медицинской помощи и пациент не наблюдался последнюю неделю, или умер внезапно, для установления причин смерти должно быть проведено патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие, по результатам которого выдается свидетельство.

1.4. Возможные последовательности патогенеза умирания от туберкулеза

Туберкулез органов дыхания	→	пневмония	→	сепсис
Туберкулез органов дыхания	→	легочное кровотечение	→	анемия
Туберкулезный спондилит	→	патологический перелом	→	сдавление спинного мозга
Туберкулез почек	→	гидронефроз	→	уремия
Туберкулез почек	→	амилоидоз почек	→	уремия
Туберкулез кишечника	→	прободная язва	→	перитонит
Туберкулезный менингит	→	отек головного мозга	→	сдавление головного мозга

1.5. Примеры оформления свидетельств

Пример 1.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>постгеморрагическая анемия острая</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 час.	D	6	2	.	X
б) <u>легочное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	R	0	4	.	8
в) <u>Туберкулез легкого фиброзно-кавернозный,</u> <u>подтвержденный ростом культуры</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	A	1	5	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Алкогольный гепатит	10 лет 8 лет	J44.8 K70.1				

Пример 1.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сдавление спинного мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	G	9	5	.	2
б) <u>патологический перелом III поясничного</u> <u>позвонка</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	M	8	4	.	4
в) <u>Туберкулезный спондилит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 лет	A	1	8	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет 7 лет	J42.X I25.1				

Пример 1.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>уремия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	N	1	9	.	X
б) <u>гидронефроз</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	N	1	3	.	3
в) <u>Туберкулез почек</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	A	1	8	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	5 лет	I25.8				

Пример 1.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острый разлитой перитонит</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	K	6	5	.	0
б) <u>прободная язва кишечника</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	12 час.	K	6	3	.	1
в) <u>Генерализованный туберкулез</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	A	1	9	:	9
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	8 лет	I25.1				

2. Стрептококковый сепсис (A40). Другой сепсис (A41). Кандидозный сепсис (B37.7). Фунгемия (B49).

Обновлениями ВОЗ термин «септицемия» заменен на «сепсис».

Из рубрик «Сепсис» (A40-A41) исключены:

- сепсис, последовавший за абортом, внематочной или молярной беременностью (O03-O07);
- сепсис во время родов (O75.3);
- послеродовый сепсис (O85);
- неонатальный (P36.0-P36.1);
- постпроцедурный (T81.4);
- сепсис, связанный с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (T80.2);
- сепсис, связанный с иммунизацией (T88.0).

Состояние «Септический шок» перенесено в XVIII класс и кодируется подрубрикой **R57.2**

Как правило, «сепсис» является вторичным состоянием, осложняя самые различные заболевания. Ошибкой считается выбор «сепсиса» в качестве «основного состояния» или первоначальной причины смерти.

2.2. Статистика заболеваемости

В статистике заболеваемости «сепсис» крайне редко регистрируется как самостоятельное заболевание, и только в тех случаях, когда не удается выявить первичный очаг инфекции, вызвавшей «сепсис» (так называемый «криптогенный» сепсис, классифицируемый как неуточненный, подрубрикой A41.9).

В качестве «основного состояния», как правило, выбирают первичный очаг инфекции – гнойное воспалительное заболевание любой ткани или органа.

Например:

гнойный менингит (G00.9),
абсцесс легкого с пневмонией (J85.1),
стафилококковый артрит (M00.0),
абсцесс ягодичной области (L02.3) и др.

При этом «сепсис» в формулировке диагноза указывают, как осложнение основного состояния.

2.3. Статистика смертности

В качестве первоначальной причины в статистике смертности чаще всего выбирают, как и в статистике заболеваемости, «основное состояние», т.е. очаг инфекции, который привел к сепсису.

В логической последовательности обязательно указывают «сепсис», как одно из смертельных осложнений гнойного воспалительного процесса.

Указание возбудителя сепсиса желательно для обеспечения правильного кодирования и статистической разработки причин сепсиса.

Необходимо принять состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнуряющие болезни (такие, как злокачественные новообразования и нарушение питания), заболевания, вызывающие паралич (такие, как кровоизлияние в мозг и тромбоз), серьезные нарушения дыхания и тяжелые травмы (с рангом 1-4 Перечня приоритетов травм, Приложение 16) как очевидную причину сепсиса, классифицированного в рубриках A40–A41, B37.7 и B49 и синдрома системного воспалительного ответа [SIRS] – в рубрике R65.

При сочетании сальмонеллезного сепсиса (A02.1) с болезнью, вызванной ВИЧ (B20-B24) первоначальной причиной смерти выбирают болезнь, вызванную ВИЧ.

2.4. Пример оформления свидетельства

Пример 1.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>септический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 час.	R	5	7	.	2
б) <u>сепсис, вызванный стафилококком</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	A	4	1	.	2
в) <u>Карбункул ягодичной области</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 нед.	L	0	2	:	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	5 лет	I10.X				

Пример 1.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>синдром системного воспалительного ответа с недостаточностью функции органов</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	R	6	5	.	1
б) <u>сепсис неуточненный</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	12 час.	A	4	1	.	9
в) <u>Кровоизлияние внутримозговое</u> <u>внутрижелудочковое</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 дней	I	6	1	:	5
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	3 года	I25.8				

3. Вирусные гепатиты

Из блока «Вирусные гепатиты» (B15-B19) **исключены:**

цитомегаловирусный гепатит (B25.1)

герпесвирусный [herpes simplex] гепатит (B00.8)

последствия вирусного гепатита (B94.9)

Обновлениями ВОЗ добавлена подрубрика B17.9 «Острый вирусный гепатит неуточненный».

Вирусные гепатиты подразделяются на острые и хронические.

3.1. Острые вирусные гепатиты

Острые вирусные гепатиты классифицируются в рубриках:

B15 – острый гепатит А;

B16 – острый гепатит В;

B17 – острый гепатит С.

По данным ВОЗ острые гепатиты длятся около 6 месяцев, а затем переходят в хроническую форму.

В статистике заболеваемости острые гепатиты регистрируются в конце эпизода оказания медицинской помощи как впервые в жизни возникшие заболевания со знаком (+) в течение 6 месяцев до дня

возникновения. Исходы острых вирусных гепатитов: выздоровление, переход в хроническую форму, летальный исход.

В статистике смертности острые гепатиты выбираются в качестве первоначальной причины смерти при отсутствии других состояний и кодируются в зависимости от имеющихся осложнений, записанных в логической последовательности. При сочетании с другими заболеваниями выбор причин смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Острый гепатит В и С (В16 и В17.1) не может быть выбран следствием любых других причин, даже болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований или состояний, ослабляющих иммунную систему.

При сочетании острого гепатита В и другого острого вирусного гепатита (В16.–, В17.–) с состояниями, указанными в рубриках К72.1, К74.0–К74.2, К74.4–К74.6, первоначальной причиной смерти выбирают хронические вирусные гепатиты (В18.–).

3.2. Хронические вирусные гепатиты

3.2.1. Классификация хронических гепатитов и циррозов печени

В соответствии с МКБ-10 хронические вирусные гепатиты классифицируются в рубрике В18:

В18 Хронический вирусный гепатит

В18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом

В18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента

В18.2 Хронический вирусный гепатит С

В18.8 Другой хронический вирусный гепатит

В18.9 Хронический вирусный гепатит неуточненный

Хронические гепатиты неинфекционной этиологии и циррозы печени относятся к классу XI «Болезни органов пищеварения», блоку «Болезни печени» (K70-K77):

K70.1 Алкогольный гепатит

K70.3 Алкогольный цирроз печени

K71.3 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического персистирующего гепатита

K71.4 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического лобулярного гепатита

K71.5 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического активного гепатита

K71.6 Токсическое поражение печени с картиной гепатита, не классифицированное в других рубриках (токсический гепатит)

K73.0 Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках

K73.1 Хронический лобулярный гепатит, не классифицированный в других рубриках

K73.2 Хронический активный гепатит, не классифицированный

- в других рубриках
- K73.8 Другие хронические гепатиты, не классифицированные
в других рубриках
- K73.9 Хронический гепатит неуточненный
- K74.3 Первичный билиарный цирроз
- K74.4 Вторичный билиарный цирроз
- K74.5 Билиарный цирроз неуточненный
- K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени (криптогенный,
крупноузловой, мелкоузловой, смешанный, портальный,
постнекротический, хронический, гепатолиенальный,
гипертрофический, спленомегалический, постгепатический,
трабекулярный, Крювелле-Баумгартена)

В соответствии с решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994) выделяют следующие хронические гепатиты:

По этиологии:

1. вирусный гепатит (хронический вирусный гепатит В, С, D, хронический вирусный гепатит неизвестного типа);
2. аутоиммунный гепатит;
3. хронический медикаментозный гепатит;
4. алкогольный гепатит;
5. токсический гепатит;
6. криптогенный (идиопатический) хронический гепатит.

Морфологически:

1. хронический активный гепатит (агрессивный) с различной степенью активности (с умеренной активностью; с резко выраженной активностью; некротизирующая форма; с внутрипеченочным холестазом);
2. хронический персистирующий гепатит;
3. хронический лобулярный гепатит.

По фазе течения:

1. обострение;
2. ремиссия.

Ряд других заболеваний печени могут иметь клинические и гистологические черты хронического гепатита, однако имеют различную статистическую рубрификацию:

1. первичный билиарный цирроз (K74.3);
2. болезнь Вильсона—Коновалова (E83.0);
3. первичный склерозирующий холангит (K83.0);
4. альфа-1-антитрипсиновая недостаточность печени (E88.0).

Таким образом, клиническая классификация не совпадает с МКБ-10 и не может быть использована в первичной медицинской документации для целей государственной статистической отчетности.

3.2.2. Статистический учет пациентов с хроническими вирусными гепатитами и их исходами в цирроз и рак печени в статистике заболеваемости.

Статистический учет при хронических гепатитах и циррозах печени отличается от их клинической трактовки.

Клинически циррозы печени и гепатоцеллюлярный рак печени считаются исходами хронических вирусных гепатитов. При этом, статистически – это разные нозологические единицы, имеющие самостоятельные коды МКБ-10 и учитываемые отдельно. Однако эти нозологические единицы учитываются все, как самостоятельные заболевания, т.е. у одного пациента могут быть два и более заболеваний, например, одновременно и хронический вирусный гепатит, и цирроз, и рак печени.

Для статистического учета хронических вирусных гепатитов, циррозов печени или гепатоцеллюлярного рака при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в первичной медицинской документации (Карта) производится соответствующая запись, в которой указываются: жалобы, объективные данные, данные лабораторных и инструментальных исследований и диагноз заболевания:

- основного (для врача-инфекциониста – это хронический вирусный гепатит, для врача-гастроэнтеролога – это цирроз печени, для врача-онколога – это гепатоцеллюлярный рак);
- осложнения основного заболевания;
- конкурирующего, фонового, сопутствующего.

Выбор основного состояния производится в соответствии с правилами МКБ-10 (том 2, стр. 107) и может различаться в зависимости от эпизода оказания медицинской помощи, специальности врача и профиля коек.

Для идентификации постгепатического цирроза печени (код K74.6) важно, чтобы у пациента был зарегистрирован и хронический вирусный гепатит.

Все заболевания в диагнозе должны быть четко разделены, при этом регистрируется каждое. Затем всем заболеваниям, кроме осложнений основного, присваивается код в соответствии с МКБ-10 и ставится отметка о взятии под диспансерное наблюдение (пункт 12 Карты).

Далее заполняют п. 20 Карты: указывают диагноз каждого заболевания и ставят знак «+» или «-» (впервые в жизни зарегистрированное или выявленное ранее). Знак «-» выставляют ежегодно 1 раз при первом обращении пациента в поликлинику в календарном году.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях выписку из Медкарты с указанием диагнозов всех заболеваний направляют в поликлинику, где на ее основании заполняют Талон без отметки о посещении,

в котором регистрируют все выявленные заболевания и их взятие под диспансерное наблюдение или снятие с него.

На основании Талонов производится регистрация всех выявленных заболеваний (с впервые в жизни установленным диагнозом и ранее выявленных) для отчетной Формы № 12.

3.2.3. Статистика смертности

В случае смерти, если у пациента имеется хронический вирусный гепатит, цирроз и рак печени, то при выборе первоначальной причины смерти предпочтение отдают наиболее тяжелому заболеванию в последнем эпизоде оказания медицинской помощи.

При наличии других тяжелых заболеваний, первоначальной причиной смерти выбирается то заболевание, которое в соответствии с правилами МКБ-10 выбирается в качестве основного заболевания в последнем эпизоде оказания медицинской помощи. Следует учесть, что в качестве основного заболевания при наличии нескольких, должно быть выбрано наиболее тяжелое заболевание, приведшее к смертельным осложнениям.

Если в качестве диагноза основного заболевания указан один из острых вирусных гепатитов, классифицированных в рубрике B17, а в качестве сопутствующего заболевания указан цирроз печени (K74.0-2; K74.4-6), первоначальной причиной смерти выбирают хронический вирусный гепатит (B18).

Хронический гепатит В и С (B18.0–B18.2) не может быть выбран следствием любых других причин, даже болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований или состояний, ослабляющих иммунную систему.

3.3. Возможные последовательности патогенеза умирания при хроническом вирусном гепатите

Хронический гепатит С	вирусный	→	гепаторенальный синдром	→	варикозное расширение вен пищевода с кровотечением
Хронический гепатит В, С	вирусный	→	судороги	→	острая почечная недостаточность
Хронический гепатит неуточненный	вирусный	→	судороги	→	печеночная кома

3.4. Примеры оформления свидетельств

Пример 1.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>варикозное расширение вен пищевода с кровотечением</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	8	5	.	0
б) <u>гепаторенальный синдром</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 мес.	K	7	6	.	7
в) <u>Хронический вирусный гепатит С</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	V	1	8	.	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Цирроз печени Атеросклеротический кардиосклероз	6 лет 4 года	K74.6 I25.1				

Пример 1.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоз воротной вены</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	I	8	1	.	X
б) <u>хроническая печеночная недостаточность</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	K	7	2	.	1
в) <u>Гепатоцеллюлярный рак печени</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	C	2	2	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Цирроз печени Хронический вирусный гепатит С Артериальная гипертензия	6 лет 7 лет 4 года	K74.6 B18.2 I10.X				

4. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B20 – B24)

Из блока B20-B24 исключены:

- болезнь, вызванная ВИЧ, осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период (O98.7);
- бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ (Z21).

Болезнь, вызванная ВИЧ включает 5 рубрик:

- B20 – ВИЧ-инфекция с проявлениями инфекционных болезней;
- B21 – ВИЧ-инфекция с проявлениями злокачественных новообразований;
- B22 – ВИЧ-инфекция с проявлениями других болезней;
- B23 – ВИЧ-инфекция с проявлениями других состояний;
- B24 – болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная.

4.1. Определения

Для обеспечения правильного кодирования в соответствии с МКБ-10 все состояния пациента, связанные с возможностью заражения или действием вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] на пациента, подразделяются на:

4.1.1. «Контакт с больным и возможность заражения ВИЧ-инфекцией» (Z20.6) относится к блоку XXI класса МКБ-10 «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями» (Z20-Z29).

Данное состояние не является болезнью, в показатели заболеваемости не включается, и в качестве причины смерти не выбирается.

Пациенты с этим состоянием должны находиться под диспансерным наблюдением у врача инфекциониста.

4.1.2. «Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека» (Z21) – также относится к блоку XXI класса МКБ-10 «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями» (Z20-Z29). Состояния, относящиеся к этому блоку, болезнями не являются, в показатели заболеваемости не включаются, и в качестве причины смерти не выбираются.

Пациенты с этим состоянием должны находиться под диспансерным наблюдением у врача инфекциониста.

«Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека» диагностируется на основании «лабораторного обнаружения вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] (R75).

4.1.3. Рубрика R75 относится к блоку «Отклонения от нормы, выявленные при исследовании крови, при отсутствии установленного

диагноза» (R70-R79) класса XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

Рубрика R75 является результатом лабораторного исследования и в качестве диагноза не используется, но при положительном результате и наличии или отсутствии жалоб, объективных и инструментальных данных, служит основанием для постановки диагноза «Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека» или «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]».

При отрицательном результате лабораторного исследования на ВИЧ, регистрируют «Контакт с больным и возможность заражения ВИЧ-инфекцией» и кодируют подрубрикой Z20.6.

4.1.4. «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]» – состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, установленное на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных лабораторных и инструментальных исследований.

Данное состояние учитывается как заболевание и пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением у врача инфекциониста.

«Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека» (Z21) и «болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]» (B20-B24) объединяются понятием «ВИЧ инфекция».

4.2. Статистика заболеваемости болезнью, вызванной ВИЧ

В соответствии с правилами МКБ-10 при кодировании случаев заболеваемости необходимо учитывать:

- «основное состояние»;
- специальность врача или профиль отделения.

«Основное состояние» – это состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов (МКБ-10, том 2, стр. 107).

Статистический учет зависит от нескольких вариантов условий, рассмотренных ниже.

Вариант 1 (амбулаторный случай)

Если в текущем эпизоде оказания медицинской помощи пациент обращается к врачу-инфекционисту поликлиники по поводу болезни, вызванной ВИЧ, то в качестве «основного состояния» выбирается болезнь, вызванная ВИЧ. Проявления болезни в качестве самостоятельных

заболеваний не регистрируют. Фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни регистрируют в качестве «других» состояний.

«Основное состояние» –	Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями саркомы Капоши B21.0
Другие состояния –	Посттравматический полиартроз M15.3 Простая хроническая анемия D53.9
Специальность врача –	инфекционные болезни

Данное основное состояние должно регистрироваться в Талоне в конце эпизода оказания медицинской помощи следующим образом:

- как состояние, с впервые в жизни установленным диагнозом, со знаком (+) или

- как состояние, диагностированное в предыдущие годы и регистрируемое со знаком (–) ежегодно один раз в году при первом обращении за медицинской помощью.

Если у пациента имеется туберкулезная инфекция, возникшая как проявление болезни, вызванной ВИЧ, то при обращении к врачу фтизиатру в качестве «основного состояния» выбирается и регистрируется «болезнь, вызванная ВИЧ», а не туберкулез (туберкулез является проявлением «болезни, вызванной ВИЧ» и поэтому как самостоятельное заболевание, не регистрируется).

«Основное состояние» –	Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями туберкулеза B20.0
Другие состояния –	Депрессия F32.9
Специальность врача –	фтизиатрия

Вариант 2 (госпитальный случай)

Если пациент обращается с состоянием, например, туберкулезом, которое предшествовало «болезни, вызванной ВИЧ», поэтому выбор «основного состояния» производят с учетом профиля отделения в соответствии с правилами выбора (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 118-125).

«Основное состояние» –	Туберкулез легких, подтвержденный гистологически A15.2
Другие состояния –	Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями саркомы Капоши B21.0
Профиль отделения –	фтизиатрия

Данный госпитальный случай обязательно подлежит единой регистрации в медицинской организации или подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основании выписки из стационара после окончания эпизода оказания медицинской помощи.

Вариант 3 (подозрение на заболевание)

Если пациент получал медицинскую помощь в стационарных условиях по поводу подозрения на болезнь, вызванную ВИЧ, и в конце эпизода этот диагноз не подтвердился, то, в соответствии с правилом МКБ-10, в качестве диагноза «основного заболевания» в конце эпизода оказания медицинской помощи используют формулировку «наблюдение при подозрении на болезнь, вызванную ВИЧ» (код Z03.8), которую регистрируют в медицинской организации или подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в установленном порядке.

Для осуществления регистрации после проведения лечения пациента в стационарных условиях, выписка из Медкарты должна быть направлена в недельный срок в поликлинику, к которой пациент прикреплен.

На основании выписки в поликлинике оформляется Талон (без отметки о посещении, если пациент на прием не явился), в котором указывают все состояния, включенные в заключительный клинический диагноз: основное заболевание, фоновое, конкурирующее, сопутствующие заболевания. Всем состояниям, кроме осложнений основного заболевания, присваивают соответствующие коды по МКБ-10, выносят в п. 20 Лист записи заключительных (уточненных диагнозов) Карты и все эти состояния регистрируют в Форме № 12.

В приведенных выше вариантах в качестве формулировки диагноза приведен только нозологический компонент. На практике клинический диагноз содержит, как правило, еще другие дополнительные компоненты: этиологический, патогенетический, морфологический, функциональный, а также и различные характеристики, такие, как давность заболевания, стадия, степень тяжести, степень компенсации нарушенных функций и т.д., что не противоречит статистическому учету.

При выборе в качестве «основного состояния» болезни вызванной ВИЧ (B20-B24), необходимо руководствоваться следующими правилами.

Рубрику B20 используют, если болезнь, вызванная ВИЧ, проявляется в виде инфекционных и паразитарных болезней. Конкретные инфекции кодируются соответствующими подрубриками B20.0-B20.6; для кодирования двух и более инфекций используется подрубрика B20.7. Инфекцию, не относящуюся к рубрикам B20.0-B20.6, кодируют подрубрикой B20.8; а неуточненную инфекцию – подрубрикой B20.9.

Рубрику B21 используют, если болезнь, вызванная ВИЧ, проявляется в виде злокачественных новообразований. Конкретные злокачественные новообразования кодируются соответствующими подрубриками B21.0-B21.2; рубрику B21.3 используют для кодирования других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей; для кодирования двух и более различных злокачественных новообразований используется подрубрика B21.7. Злокачественные новообразования, не

относящиеся к рубрикам B21.0-B21.2, кодируют подрубрикой B21.8; а неуточненные злокачественные новообразования – подрубрикой B21.9.

Рубрика B22.0-B22.2 используется для кодирования болезни, вызванной ВИЧ, с проявлением конкретных состояний (энцефалопатия, лимфатический интерстициальный пневмонит, изнуряющий синдром).

Если болезнь, вызванная ВИЧ, имеет проявления, классифицированные и в рубрике B20, и в рубрике B21, то она кодируется подрубрикой B22.7.

Рубрика B23 используется для кодирования болезни, вызванной ВИЧ, проявляющейся в виде других состояний.

Рубрика B24 не рекомендуется для кодирования болезни, вызванной ВИЧ, так заключительный клинический диагноз должен быть уточнен.

В соответствии с МКБ-10 термины: «Синдром приобретенного иммунодефицита [СПИД]» и «СПИД-ассоциированный комплекс [САК]» являются синонимами «болезни, вызванной ВИЧ», которые без дополнительных уточнений кодируют рубрикой B24. Однако, все состояния, включенные в данную рубрику, являются неуточненными и не должны использоваться в качестве заключительного клинического диагноза.

Если при проведении антиретровирусной терапии у пациента исчезли клинические проявления болезни, а имеется только лабораторное обнаружение вируса в крови, пациенту диагноз болезни, вызванной ВИЧ (B20-B24) должен быть заменен на «Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека» (Z21). Такие пациенты должны быть исключены из статистики заболеваемости.

4.3. Отчетность по заболеваемости болезнью, вызванной ВИЧ

К формам статистической отчетности по заболеваемости болезнью, вызванной ВИЧ, относятся:

4.3.1. Форма № 61. Источником информации для Формы № 61 является Карта, Талон, Медкарта и Карта персонального учета пациента с ВИЧ-инфекцией¹⁹.

4.3.2. Форма № 12 включает в себя основные сведения о числе пациентов с «болезнью, вызванной ВИЧ», об их движении и диспансерном наблюдении.

Источником информации для Формы № 12 является Форма № 61.

Так как у пациента может быть только одна «болезнь, вызванная ВИЧ», поэтому число заболеваний всегда равно числу пациентов.

Пациентов с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ (Z21) включают в соответствующие графы и строки таблиц 1100, 2100, 3100 и 4100 Формы № 12.

«Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека» (R75) в качестве диагноза не используется, сведения о результатах отражаются в Форме № 61, а в Форму № 12 не включаются.

¹⁹ Учетная форма № 025-4/у, утвержденная приказом Минздрава России от 26.03.2020 № 240н

4.4. Анализ заболеваемости болезнью, вызванной ВИЧ

Для анализа первичной заболеваемости по единичной причине используется «основное состояние» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107), выявленное впервые в жизни и выставленное в конце первого эпизода оказания медицинской помощи. Для анализа общей заболеваемости используют сумму числа впервые выявленных заболеваний со знаком (+) и числа заболеваний, зарегистрированных заболеваний в предыдущие годы со знаком (–).

Заболеваемость населения – важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, гендерных, территориальных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинской организации, органа управления здравоохранением.

Показатели заболеваемости не являются истинными показателями здоровья населения, так как регистрируется заболеваемость главным образом по обращаемости.

Однако в ряде случаев заболеваемость некоторыми острыми состояниями, требующими оказания экстренной медицинской помощи, может считаться истинной, так как регистрируются все случаи.

Заболеваемость изучается по данным обращаемости за медицинской помощью. Источником информации является Талон и Карта пациента с ВИЧ-инфекцией.

В течение первых 12 часов после установления диагноза болезни, вызванной ВИЧ (предварительного или окончательного), в территориальное подразделение Роспотребнадзора направляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (далее – Извещение) (учетная форма № 058/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»). Такое же Извещение направляется и при изменении диагноза. В статистике заболеваемости учитываются не диагнозы из Извещений, а заключительные диагнозы, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Полученные показатели необходимо оценивать в динамике за 2 и более года с помощью динамических рядов: темпа прироста и темпа убыли.

Оценка качества и достоверности информации должна проводиться по анализу ошибок оформления первичной медицинской документации, включающих правильность формулирования диагноза и его кодирования.

Результаты анализа используются для коррекции планов по профилактике заболеваемости от «болезни, вызванной ВИЧ».

Для проведения анализа заболеваемости используют следующие основные статистические показатели:

№ п/п	Показатели	Алгоритм расчета	Источник информации
1.	Общая заболеваемость болезнью, вызванной ВИЧ (распространенность, болезненность) населения (всего населения, детей, взрослых)	$\frac{[\text{Число всех зарегистрированных пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ*}, \text{ в текущем году (по возрастным группам)}] \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего населения, детей, взрослых)}}$	Форма № 61, Росстат
2.	Первичная заболеваемость населения болезнью, вызванной ВИЧ (всего населения, детей, взрослых)	$\frac{[\text{Число зарегистрированных пациентов (по возрастным группам) с диагнозом болезни, вызванной ВИЧ*}, \text{ установленным впервые в жизни}]}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 100\,000$	Форма № 61, Росстат
3.	Первичная заболеваемость ВИЧ-инфекцией (всего населения, детей, взрослых)	$\frac{[\text{Число зарегистрированных пациентов (по возрастным группам) с диагнозом болезни, вызванной ВИЧ*} + \text{число пациентов с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным ВИЧ**}, \text{ установленным впервые в жизни}]}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 100\,000$	Форма № 61 Росстат

* коды B20-B24

** код Z21

4.5. Статистика смертности по причинам, связанным с «болезнью, вызванной ВИЧ» (B20-B24)

В статистике смертности болезнь, вызванная ВИЧ (B20-B24) может выбираться в качестве первоначальной причины смерти и может являться следствием других состояний.

4.5.1. Болезнь, вызванная ВИЧ (B20-B24), как первоначальная причина смерти.

В случае смерти пациента, страдавшего «болезнью, вызванной ВИЧ», без сопутствующих состояний, первоначальной причиной смерти выбирают «болезнь, вызванную ВИЧ» и кодируют в зависимости от имеющихся проявлений, записанных в логической последовательности.

4.5.1.1. «Болезнь, вызванную ВИЧ», следует считать причиной следующих состояний, записанных в Свидетельстве в логической последовательности:

- брюшной тиф и паратиф, другие сальмонеллезные инфекции, шигеллез (A01-A03)

- криптоспоридиоз (A07.2)
- изоспороз (A07.3)
- туберкулез (A15-A19)
- инфекции, вызванные другими микобактериями (A31)
- прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (A81.2)
- инфекции, вызванные вирусом герпеса (B00.0-B00.2, B00.7-B00.8), уточненные как хронические язвы, бронхит, пневмония или эзофагит
- цитомегаловирусные инфекции (B25.0, B25.2, B25.8 и B25.9), кроме локализаций в печени, селезенке, лимфатических узлах
- кандидозы других локализаций (B37.8), уточненные как кандидозы легких или пищевода
- кокцидиоидомикоз (B38)
- гистоплазмоз (B39)
- криптококкоз (B45)
- пневмоцистоз (B48.5)
- последствия туберкулеза (B90)
- злокачественное новообразование ротоглотки (C10)
- злокачественное новообразование ануса (C21)
- саркома Капоши (C46)
- злокачественное новообразование вульвы (C51)
- злокачественное новообразование влагалища (C52)
- злокачественное новообразование шейки матки (C53), уточненное как прорастающее
- злокачественное новообразование полового члена (C60)
- лимфома Ходжкина (C81), если уточнена с первичной локализацией в головном мозге
- фолликулярная лимфома (C82), если уточнена с первичной локализацией в головном мозге
- нефолликулярная лимфома (C83), если уточнена с первичной локализацией в головном мозге
- диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома (C83.3), уточненная как иммунобластная
- лимфома Беркитта (C83.7)
- зрелая Т/НК-клеточная лимфома (C84), если уточнена с первичной локализацией в головном мозге
- другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы (C85), если уточнены с первичной локализацией в головном мозге
- другие уточненные типы Т/НК-клеточной лимфомы (C86), если уточнены с первичной локализацией в головном мозге
- иммунодефицитные состояния
- пневмонии (J12-J18)
- кахексия (R64)

4.5.1.2. Состояния, сопровождающие механизм смерти (острая сердечная и дыхательная недостаточности), неточно обозначенные состояния (Приложение 4) и состояния, которые маловероятно могли привести к смерти (Приложение 5) не следует связывать с рубриками B20-B23.

4.5.1.3. Если в качестве «основного состояния» выбрана «болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекционных и паразитарных болезней» (B20.-) с упоминанием о «болезни, вызванной ВИЧ, проявляющейся в виде других состояний» (B23), первоначальной причиной смерти выбирают B20.-.

4.5.1.4. Если в качестве «основного состояния» выбрана «болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями злокачественных новообразований» (B21.-) с упоминанием о «болезни, вызванной ВИЧ, проявляющейся в виде других состояний» (B23), первоначальной причиной смерти выбирают B21.-.

4.5.1.5. Если в качестве «основного состояния» выбрана «болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных болезней» (B22.-) с упоминанием о «болезни, вызванной ВИЧ, проявляющейся в виде других состояний» (B23), первоначальной причиной смерти выбирают B22.-.

4.5.1.6. Если «неуточненная болезнь, вызванная ВИЧ» (B24) записана как причина «дилатационной кардиомиопатии» (I42.0) или «неуточненной кардиомиопатии» (I42.9) в качестве первоначальной причины смерти выбирают «болезнь, вызванную ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний» (B23.8).

4.5.2. Болезнь, вызванная ВИЧ (B20-B24), как следствие других заболеваний, или состояний.

4.5.2.1. Причиной болезни, вызванной ВИЧ (B20-B24) следует считать злокачественные новообразования (C00-C96), если они возникли до болезни, вызванной ВИЧ, а также анемии (D50-D53, D55-D59, D60-D64), нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (D65-D69) и травмы (Приложение 13).

4.5.2.2. При летальных исходах беременных, рожениц и родильниц, страдавших болезнью, вызванной ВИЧ, в качестве первоначальной причины смерти используют код O98.7.

4.5.2.3. Если у пациента с болезнью, вызванной ВИЧ, имеется смертельная травма или отравление, первоначальной причиной смерти выбирают эту травму, или отравление, а болезнь, вызванную ВИЧ, записывают в части 2.

4.5.2.4. «Бессимптомный инфекционный статус, вызванный ВИЧ» (Z21), а также «лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека» (R75) не отбираются в качестве причин смерти и в свидетельстве не указываются.

Пример 1.9.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>пневмония, вызванная <i>Pneumocystis carinii</i></u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	В	5	9	.	X
б) <u>саркома Капоши кожи</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	7 мес.	С	4	6	.	0
в) <u>Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных болезней</u> первоначальная причина смерти указывается последней	8 мес.	В	2	2	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический бронхит Синдром зависимости от опиоидов	2 года 2 года	J42.X F11.2				

Пример 1.10.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	J	8	1	.	X
б) <u>туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	A	1	5	.	6
в) <u>Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением микобактериальной инфекции</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 мес.	В	2	0	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Синдром зависимости от алкоголя	3 года 5 лет	J44.8 F10.2				

4.6. Особенности кодирования и диспансерного учета при летальных исходах

При автоматизированной обработке свидетельств для анализа по множественным причинам учитывают все коды МКБ-10, записанные в свидетельстве. Во избежание подсчета проявлений «болезни, вызванной ВИЧ» как самостоятельных заболеваний и, следовательно, неправильного учета числа ее случаев, для кодирования проявлений болезни, вызванной ВИЧ, следует использовать коды соответствующие формулировкам 3-го тома МКБ-10.

Например:

пневмония долевая – J18.1;

пневмония, вызванная *Pneumocystis carinii* – B59.X;

цитомегаловирусный гепатит – B25.1;

саркома Капоши – C46.0 и т.д.

Регистрация случаев смерти и снятие с диспансерного наблюдения производится в Форме № 12 на основании информации, записанной в Талоне. При этом, если смерть произошла на дому, при обращении родственников умершего заполняют два Талона:

- в Карте родственника производится запись об обращении по поводу выдачи свидетельства на умершего (Z02.7) и заполняется Талон с отметкой о посещении;

- в Карте умершего оформляется посмертный эпикриз, в котором отражают все перенесенные болезни, травмы, операции; выставляется посмертный рубрифицированный диагноз; далее производится отметка о выдаче свидетельства (серия, номер, дата), записываются все отобранные причины смерти, которые кодируют в соответствии с МКБ-10, код первоначальной причины смерти подчеркивается.

Для регистрации в Талон вносят диагнозы всех заболеваний, которыми болел пациент при жизни, и снимают их с диспансерного наблюдения в связи со смертью. Отметка о посещении в Талоне не производится. свидетельство оформляется на основании записей в Карте умершего.

Если пациент получал медицинскую помощь в стационарных условиях, и случай имел летальный исход, вся информация о причинах смерти должна быть записана в посмертном эпикризе, который должен быть направлен в поликлинику по месту регистрации пациента.

В посмертном эпикризе должна содержаться информация о выдаче свидетельства и причинах смерти, указанных в нем с кодами по МКБ-10 и отметкой о первоначальной причине смерти.

Данные посмертного эпикриза служат основанием для оформления Талона (без посещения), в котором должны содержаться все формулировки диагнозов. Каждое заболевание регистрируют в Форме № 12 и снимают с диспансерного наблюдения, если оно было, в связи со смертью.

Если летальный исход у пациента с болезнью, вызванной ВИЧ, наступил в другом месте, свидетельство выдается службой судебно-медицинской экспертизы.

Во всех случаях выдача свидетельства производится в соответствии с МКБ-10 и приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н.

4.7. Анализ смертности по первоначальной и множественным причинам

Вся мировая статистика основана на одной основной причине, поэтому показатель смертности рассчитывается исходя из числа умерших пациентов, только по первоначальной причине, которой является болезнь, вызванная ВИЧ (B20-B24).

Для возможности проведения анализа по множественным причинам смерти в свидетельстве должны быть записаны, кроме «основного состояния» с осложнениями, явившегося первоначальной причиной смерти, все состояния, способствовавшие смерти.

Оценка качества и достоверности информации о смерти должна проводиться по анализу ошибок оформления свидетельств, включающих правильность кодирования и выбора первоначальной причины смерти, по анализу четырехзначной подрубрики .9 и по анализу правильности оформления первичной медицинской документации.

Проведение анализа по множественным причинам смерти возможно при организации мониторинга причин смерти, наличия базы данных и автоматизированной системы.

Анализ включает ранжирование множественных причин смерти, необходимое для внесения изменений в тактику оказания медицинской помощи и стандарт лечения.

Результаты анализа используются также для коррекции расчетов при организации оказания медицинской помощи (штаты, кадры, кабинеты, койки), а также планов по профилактике заболеваемости и смертности от «болезни, вызванной ВИЧ».

№ п/п	Показатели	Алгоритм расчета	Источник информации
1.	Общий коэффициент смертности от болезни, вызванной ВИЧ	$\left[\frac{\text{Число пациентов, умерших от болезни, вызванной ВИЧ по первоначальной причине в текущем году}}{\text{Среднегодовая численность всего населения}} \times 100000 \right]$	Свидетельство, таблица C52 Росстата
2.	Стандартизованный коэффициент смертности (SDR) от болезни, вызванной ВИЧ	по специальной формуле с использованием европейского стандарта	таблица C52 Росстата

5. Дополнительные замечания по классу I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»

Акушерский столбняк (A34) – инфекционная патология, наблюдаемая у беременных, рожениц и родильниц, и регистрируемая в классе I.

Данное состояние не относится к классу XV и не входит в показатель материнской смертности.

Менингококковая инфекция (A39) – острое инфекционное заболевание, которое может быть выбрано в качестве «основного» состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причиной смерти в статистике смертности, но может выступать в качестве осложнения, например, гнойного отита.

Нижеперечисленные инфекционные заболевания не должны быть приняты как следствие любых других заболеваний (даже болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований и состояний, ослабляющих иммунную систему):

- Холера (A00)
- Ботулизм (A05.1)
- Чума, туляремия, сибирская язва, бруцеллез (A20–A23)
- Лептоспироз (A27)
- Лепра [болезнь Гансена] (A30)
- Столбняк, дифтерия, коклюш, скарлатина, менингококковая инфекция (A33–A39)
- Инфекция, вызванная *Chlamydia psittaci* (A70)
- Трахома (A71)
- Риккетсиозы (A75–A79)
- Острый полиомиелит (A80)
- Болезнь Крейтцфельда-Якоба (A81.0)
- Подострый склерозирующий панэнцефалит (A81.1)
- Бешенство, комариный вирусный энцефалит, клещевой вирусный энцефалит, неуточненный вирусный энцефалит (A82–A86)
- Лихорадка денге и другие комариные вирусные заболевания (A92 и A97)
- Желтая лихорадка (A95)
- Геморрагическая лихорадка Хунин и геморрагическая лихорадка Мачупо, лихорадка Ласса (A96.0–A96.2)
- Другие вирусные геморрагические лихорадки (A98)
- Оспа, инфекции, вызванные вирусом обезьяньей оспы, корь, краснуха (B03–B06)
- Острый гепатит В и С (B16 и B17.1)
- Хронический гепатит В и С (B18.0–B18.2)
- Эпидемический паротит (B2)
- Малярия, лейшманиоз, болезнь Шагаса (B50–B57)

- Последствия полиомиелита (B91)
- Последствия лепры (B92)
- Последствия трахомы (B94.0)
- Последствия вирусного энцефалита (B94.1)
- Последствия вирусного гепатита (B94.2)
- Другие новые заболевания, о которых необходимо сообщать в ВОЗ (например, U04 «Тяжелый острый респираторный синдром» (SARS), J09 «Птичий грипп»²⁰)
- Грипп, вызванный выявленным вирусом зоонозного или пандемического гриппа (J09).

Последствия инфекционных и паразитарных болезней (B90–B94).

В статистике заболеваемости должны быть указаны конкретные состояния, входящие в понятие последствий, а коды последствий могут быть использованы как дополнительные необязательные коды.

В статистике смертности коды B90-B94 могут выбираться в качестве первоначальной причины смерти, при этом должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни.

Бактериальные, вирусные и другие инфекционные агенты (B95–B98).

Эти рубрики не используются в качестве «основного состояния» в статистике заболеваемости. Они могут быть использованы только в качестве дополнительных кодов при идентификации инфекционного агента или возбудителя болезней.

Рубрики B95-B98 также не выбираются в качестве первоначальной причины смерти.

²⁰ а также подрубрики U07.1 и U07.2 «COVID-19»

Глава 2. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса II «Новообразования» (C00-D48)

Все новообразования, классифицированные в классе II, кодируются в этом же классе, кроме новообразований, осложняющих беременность, деторождение и послеродовой период, для которых используют код O99.8, включающий коды всех новообразований (C00-D48).

Добавленные и исключенные рубрики и подрубрики – Приложение 1.

Новообразования могут иметь четыре характера:

- злокачественный (C00–C96): новообразование проникает в окружающие ткани или распространяется из места своего возникновения в другие локализации и начинает там расти;
- in situ (D00–D09): новообразование является злокачественным, но не выходит за пределы ткани, в которой возникло;
- доброкачественный (D10–D36): новообразование растет в месте своего возникновения без способности к распространению;
- неопределенный или неизвестный характер (D37–D48): не определено или неизвестно, является ли новообразование злокачественным или доброкачественным.

Новообразования в МКБ-10 классифицируются по локализации. Каждая локализация регистрируется как самостоятельное заболевание. Не все рубрики имеют весь перечень подрубрик.

При наличии одной локализации используют подрубрики с четвертыми знаками .0-.6. Если нужна уточненная локализация в перечне подрубрик отсутствует, используют подрубрику .7 (при наличии). Если имеются две и более локализации в пределах одной рубрики, используют подрубрику .8 («Поражение, выходящее за пределы одной локализации»). Неуточненные локализации кодируются подрубрикой .9, однако они не должны использоваться в качестве заключительного клинического посмертного диагноза, и не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти.

Например:

C25 Злокачественное новообразование поджелудочной железы

C25.0 Головки поджелудочной железы

C25.1 Тела поджелудочной железы

C25.2 Хвоста поджелудочной железы

C25.3 Протока поджелудочной железы

C25.4 Островковых клеток поджелудочной железы

C25.7 Других частей поджелудочной железы

C25.8 Поражение поджелудочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C25.9 Поджелудочной железы неуточненное

Злокачественные новообразования (C00-C96) имеют различные особенности учета в статистике заболеваемости и смертности.

Новообразования in situ (D00–D09) учитываются в статистике заболеваемости, но не выбираются в качестве первоначальной причины смерти.

Доброкачественные новообразования (D10–D36) учитываются в статистике заболеваемости по локализации. В статистике смертности доброкачественные новообразования могут выбираться в качестве первоначальной причины смерти, если они своей локализацией приводят к сдавлению жизненно важных органов, нарушению их функции и к смертельным осложнениям.

Новообразования неопределенного или неизвестного характера (D37–D48) не должны выбираться в качестве «основного состояния» в конце эпизода оказания медицинской помощи в статистике заболеваемости, а также в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности.

Диагноз должен быть уточнен и верифицирован у живых пациентов – гистологически в специализированной медицинской организации (онкологический диспансер).

В случае смерти для уточнения диагноза злокачественного новообразования должно быть проведено патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие.

Тактика кодирования злокачественных новообразований в статистике заболеваемости и смертности при различных вариантах течения представлена на Схеме 12.

Схема 12

Кодирование основного состояния и первоначальной причины смерти при различных вариантах течения злокачественных новообразований в статистике заболеваемости и смертности

У пациента – подозрение на злокачественное новообразование	У пациента – прогрессирующее злокачественное новообразование или рецидив после проведенного лечения	Пациенту проводится курс лечения зло- качественного новообразования	Пациент находится под диспансерным наблюдением после радикального лечения и отсутствия рецидива
↓	↓	↓	↓
В качестве основного состояния выбирается подозрение на злокачественное новообразование – код – Z03.1	В качестве основного состояния выбирается злокачественное новообразование – коды – C00–C96	В качестве основ- ного состояния выбирается курс лечения – коды – Z51.0-2	В качестве основного состояния выбираются состояния с кодами Z54.1-2, 7; Z85
↓	↓	↓	↓
В случае летального исхода в качестве первоначальной причины смерти – подозрение – код Z03.1 не выбирается. Необходимо вскрытие	В случае летального исхода в качестве первоначальной причины смерти выбирается злокачественное новообразование – коды C00–C96	В случае летального исхода в качестве первоначальной причины смерти выбирается злокачественное новообразование – коды C00–C96	В случае летального исхода в качестве первоначальной причины смерти – состояния с кодами Z54.1-2, 7 и Z85 не выбираются. Необходимо вскрытие

2.1. Статистика амбулаторно-поликлинической заболеваемости

Диагноз любого новообразования должен быть установлен в конце эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных инструментальных и лабораторных исследований. Диагноз злокачественного новообразования должен быть обязательно верифицирован (подтвержден гистологическим исследованием).

В качестве дополнительного кода используются коды морфологии новообразований. Их обновленные коды содержатся в первом томе МКБ-10 и в третьем издании МКБ-О²¹.

Диагноз злокачественного новообразования должен включать клиническую формулировку, включающую нозологический компонент из тома 3 МКБ-10, топографический код из II класса МКБ-10, морфологический код и код по клинической классификации TNM.

Любое новообразование выбирают и учитывают в качестве «основного состояния» в соответствии со следующими правилами МКБ-10:

- если «основным состоянием», указанным лечащим врачом, является первичное злокачественное новообразование, которое больше не существует (поскольку его удалили во время предшествующего эпизода оказания медицинской помощи), в качестве «основного состояния» кодируют новообразование вторичной локализации или соответствующее обстоятельство, подлежащее кодированию в XXI классе МКБ-10 («В личном анамнезе злокачественное новообразование», рубрика Z85), которые были объектом лечения или обследования во время текущего эпизода оказания медицинской помощи;

- подрубрику C79.9 следует использовать для кодирования «основного состояния» только в том случае, если злокачественное новообразование описано как «диссеминированный карциноматоз» или «генерализованное злокачественное новообразование» (или использованы другие аналогичные термины, включенные в подрубрику C79.9), а конкретные локализации не указаны;

- подрубрику C80.- следует использовать для кодирования «основного состояния» только в том случае, если лечащий врач четко записал это состояние как новообразование неизвестной первичной локализации или как неуточненное злокачественное новообразование, предположительно первичное;

- рубрику C97 не следует использовать в статистике заболеваемости; каждому злокачественному новообразованию должен присвоен код и в эпизодах обращения за медицинской помощью в качестве основного состояния выбирается то состояние, по поводу которого пациент обратился;

- при установлении пациенту подозрения на злокачественное новообразование используют код XXI класса – Z03.1. При необходимости последующего обследования после хирургического удаления злокачественного новообразования используют код Z08.0;

²¹ <https://www.niioncologii.ru/science/mkb-o>

- рецидив злокачественного новообразования регистрируется как ранее выявленное заболевание (коды C00-C96) со знаком (–);
- если пациенту проводится курс лечения от злокачественного новообразования (лучевая терапия, химиотерапия – код Z51), то это состояние и выбирается в качестве «основного» в текущем эпизоде оказания медицинской помощи;
- коды новообразований in situ (D00-D09) и доброкачественных новообразований (D10-D36) присваиваются в соответствии с их формулировками, которые должны соответствовать Алфавитному указателю (том 3 МКБ-10);
- формулировки новообразований неопределенного и неизвестного характера (D37-D48) должны регистрироваться только в крайних случаях до уточнения диагноза в специализированной медицинской организации, а после уточнения – диагноз и код должны быть заменены для отчетной Формы № 12.

2.2. Статистический учет новообразований

Источником информации для таблиц 1000, 1500, 2000, 3000 и 4000 Формы № 12 является Талон, который заполняется на основании Карты. В Карте заключительный диагноз должен быть вынесен в пункт 20.

«Новообразования» – заболевания с острым и хроническим течением. Впервые в жизни выявленные заболевания отмечают знаком (+), а со второго года регистрируются со знаком (–) ежегодно один раз в году.

Заболевания со знаками (+) и (–) включают в графу «зарегистрировано всего», а со знаком (+) – в графу «с впервые в жизни установленным диагнозом» Формы № 12.

Диспансерное наблюдение осуществляется врачом онкологом, а при его отсутствии – врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики или врачом-педиатром участковым, его порядок и периодичность регламентированы приказами Минздрава России:

- от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.04.2021 N 62964);
- от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2019 N 54513).

Диспансерное наблюдение может осуществляться по поводу новообразований (C00-D48), а при выздоровлении от новообразований (после радикального оперативного удаления опухоли) – по поводу состояний из XXI класса МКБ-10 (Z00-Z99).

Причиной снятия пациента с диспансерного наблюдения может быть выздоровление, изменение диагноза, перемена места жительства, прикрепление к другой медицинской организации, отказ от диспансерного наблюдения или летальный исход.

2.3. Статистика госпитальной заболеваемости

Источником информации для Формы № 14 является Статкарта, которая заполняется в соответствии с утвержденным порядком.

В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевание включают по кодам заключительного клинического диагноза новообразований, независимо от продолжительности эпизода оказания медицинской помощи.

Так как статистика госпитальной заболеваемости формируется только по одному заключительному клиническому диагнозу основного заболевания, то в Статкарте должен быть записан диагноз, точно соответствующий таковому в Медкарте и один код, соответствующий этому заболеванию, для отчетной Формы № 14.

2.4. Статистика смертности от новообразований

Статистика смертности от новообразований формируется в зависимости от характера новообразований. Чаще всего первоначальной причиной выбирают злокачественные новообразования, реже – доброкачественные. Новообразования «in situ» и неопределенного характера не должны включаться в статистику смертности.

2.5. Злокачественные новообразования (C00-C96)

Злокачественный характер новообразования заключается в проникновении в окружающие ткани или в распространении из места своего возникновения в другие локализации с началом там роста.

При формировании статистики смертности от злокачественных новообразований необходимо различать два понятия:

- летальный исход онкологического больного, находящегося под диспансерным наблюдением после радикального лечения и отсутствия рецидива злокачественного новообразования (например, «состояние выздоровления после химиотерапии» – код Z54.2; «в личном анамнезе злокачественное новообразование» – код Z85) – такие случаи не должны включаться в статистику смертности от злокачественных новообразований;
- летальный исход пациента от прогрессирующего злокачественного новообразования или рецидива его после проведенного лечения. Этот контингент пациентов формирует статистику смертности от злокачественных новообразований.

В случае летального исхода от прогрессирующего злокачественного новообразования, в качестве первоначальной причины смерти выбирается заболевание, выбранное в качестве основного в последнем эпизоде оказания медицинской помощи. Должны также быть указаны осложнения, включая смертельные.

Для первичной локализации используют коды C00-C76; C80-C96, для вторичной локализации – коды C77-C79.

Первичная или вторичная локализация должна быть обязательно указана лечащим врачом в посмертном эпикризе. Как правило, диагноз конкретной локализации злокачественного новообразования и ее характер – первичный или вторичный, устанавливаются в специализированной медицинской организации (онкологический диспансер) после проведения гистологического исследования (верификации опухоли).

Если такой верифицированный диагноз при летальном исходе отсутствует, необходимо обязательное патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие. При этом выдается предварительное свидетельство, а после проведения гистологического исследования опухоли – окончательное свидетельство.

При заполнении свидетельства следует учитывать следующее:

- в логической последовательности должны быть указаны смертельные осложнения; не желательно «шаблонное» использование терминов «раковая кахексия», «раковая интоксикация», встречающихся, как правило, у всех умерших;
- наиболее тяжелой локализацией считают ту, которая была выбрана в качестве «основного» состояния в последнем эпизоде оказания медицинской помощи в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107);
- в часть 2 свидетельства не включают злокачественные новообразования, которые не способствовали наступлению смерти и не влияли на нее, например, злокачественные новообразования кожи (кроме меланомы), начальные стадии злокачественных новообразований без метастазов и др., а также состояния, классифицируемые в XXI классе МКБ-10;
- в части 2 обязательно должны быть указаны прочие важные состояния, способствовавшие смерти (при наличии);
- в качестве заключительного посмертного диагноза недопустимо использовать диагноз и коды новообразований неопределенного или неизвестного характера.

Синоним злокачественного новообразования – рак – используется в рубриках C00-C80.

В МКБ-10 предусмотрены многочисленные правила выбора первоначальной причины смерти при злокачественных новообразованиях. Однако, при правильно поставленном посмертном диагнозе и точном указании первичной локализации опухоли и метастазов, выбор первоначальной причины смерти облегчается.

2.5.1. Первичные злокачественные новообразования

Первичная локализация – это та анатомическая локализация, где злокачественное новообразование возникло. Первичная локализация не является разрастанием, рецидивом или метастазом.

Первичные злокачественные новообразования кодируются рубриками С00-С75, С80.0, С81-С96. Коды, соответствующие первичным локализациям опубликованы в Алфавитном указателе (том 3 МКБ-10).

При наличии морфологии новообразования, необходимо также обратиться к Алфавитному указателю, так как для некоторых морфологических типов опухоли существуют конкретные коды МКБ-10.

Если первичная локализация известна, она должна быть указана в свидетельстве; если первичная локализация неизвестна, используют код С80.0. Если неизвестна первичная локализация, но известен морфологический тип, то кодируют по морфологическому типу, например, аденокарциному кодом С80.0, остеосаркому – С41.9, фибросаркому – С49.9.

Если первичная локализация не уточнена, используют код С80.9.

Если известна морфология опухоли и она несовместима с его локализацией, т.е. новообразование не может быть первичным для данной локализации, используют код в соответствии с морфологией. Так, например, внутрипротоковая аденокарцинома молочной железы не относится к злокачественным новообразованиям и кодируется подразбуквой D05.1.

Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей кодируются рубриками С81-С96.

Первичное новообразование из блока рубрик С81–С96 может возникать одновременно с другим первичным новообразованием из этого блока. Все злокачественные новообразования, классифицируемые в блоке рубрик С81–С96, кодируют как первичные, за исключением тех случаев, когда они уточнены как вторичные.

Злокачественное новообразование кодируют как первичное, если локализация новообразования не входит в перечень типичных локализаций метастазов.

Если локализация злокачественного новообразования входит в перечень типичных локализаций, его кодируют как первичное, если:

- морфология новообразования указывает на то, что оно является первичным для данной локализации;
- указано только одно злокачественное новообразование, и оно не описано как «метастатическое», кроме злокачественного новообразования лимфатических узлов, которое кодируют как вторичное, даже если это единственное записанное новообразование, кроме случаев, когда указано, что оно является первичным;
- записано злокачественное новообразование легкого, а все другие записанные злокачественные новообразования, входят в перечень типичных локализаций метастазов.

Злокачественное новообразование легкого всегда кодируют как первичное, если оно описано как бронхогенное или из бронхов.

Злокачественное новообразование печени, не уточненное, как первичное или вторичное, кодируют С22.9 «Злокачественное новообразование печени неуточненное».

2.5.2. «Метастатические» злокачественные новообразования

Иногда злокачественные новообразования описывают как «метастатические», что может относиться либо к первичному злокачественному новообразованию, которое метастазирует в другую локализацию, либо к вторичным злокачественным новообразованиям, возникшим где-то в другом месте.

Если злокачественное новообразование описывается как «метастазирующее из» уточненной локализации, или, если взаимосвязь, выраженная термином «вследствие», подразумевает распространение из уточненной локализации, следует рассматривать эту уточненную локализацию как первичный очаг. Это также относится к локализациям, входящим в перечень типичных локализаций метастазов (см. ниже). Используют коды C00–C76, C80.0 или C81–C96 для первичной локализации.

Если злокачественное новообразование описывается как «метастазирующее в» уточненную локализацию, или если взаимосвязь, выраженная термином «вследствие», подразумевает распространение в уточненную локализацию, следует рассматривать эту уточненную локализацию как вторичный очаг, независимо от того, находится ли эта локализация в перечне типичных локализаций метастазов или нет. Для этой вторичной локализации используют коды C77–C79. Однако если указана морфология, классифицируемая в рубриках C40–C47, C49 или C70–C72, новообразование относят к подрубрике «новообразование неуточненной локализации» для рассматриваемого морфологического типа.

Злокачественное новообразование, описанное как метастазирующее из локализации А в локализацию В, должно интерпретироваться как первичное новообразование локализации А и вторичное новообразование локализации В. Используют коды C00–C76, C80.0 или C81–C96 для первичной локализации и коды C77–C79 для вторичной локализации.

Злокачественное новообразование с локализацией, входящей в перечень типичных локализаций метастазов, кодируют как первичное, если указана только одна локализация, и новообразование не описано как «метастатическое».

Если указаны несколько злокачественных новообразований, входящих в перечень типичных локализаций метастазов, и одно или несколько из них указаны как «метастатические», то все они кодируются как вторичные злокачественные новообразования (C77–C79). Также добавляют код неуточненного первичного злокачественного новообразования (C80.9), кроме «метастатического» новообразования легкого, которое кодируют как первичное злокачественное новообразование легкого (C34.-), если все другие локализации новообразования входят в перечень типичных локализаций метастазов, независимо от того, описаны они как «метастатические» или нет.

Если указано единичное злокачественное новообразование, это новообразование отсутствует в перечне типичных локализаций метастазов и указано как «метастатическое», его кодируют как первичное злокачественное

новообразование для этой конкретной локализации (C00–C76, C80.0 или C81–C96).

Если указаны несколько злокачественных новообразований, которые не входят в перечень типичных локализаций метастазов, и все они уточнены как «метастатические», то все эти новообразования кодируют как первичные (C00–C76, C80.0 или C81–C96).

Если указаны несколько злокачественных новообразований, ни одно из них не входит в перечень типичных локализаций метастазов, и некоторые, но не все из них, уточнены как «метастатические», то новообразование, не уточненное как «метастатическое», кодируют как первичное (C00–C76, C80.0 или C81–C96), а новообразование, уточненное как «метастатическое», кодируют как вторичное (C77–C79).

Если указаны несколько злокачественных новообразований, некоторые, но не все из них, входят в перечень типичных локализаций метастазов, и некоторые, но не все из них, указаны как «метастатические», кодируют новообразование, входящее в перечень типичных локализаций метастазов как вторичное (C77–C79). Кроме того, новообразование, не входящее в перечень типичных локализаций метастазов и указанное как «метастатическое», кодируют как вторичное, а новообразование, не входящее в перечень типичных локализаций метастазов и не указанное как «метастатическое», кодируют как первичное (C00–C76, C80.0 или C81–C96).

2.5.3. Вторичные злокачественные новообразования

Вторичные злокачественные новообразования кодируются рубриками C77–C79. В свидетельстве они должны быть указаны как вторичные, или метастазы.

При выборе кодов следует обращаться к перечню типичных локализаций метастазов:

- кости
- головной мозг
- диафрагма
- неточно обозначенная локализация (локализация, классифицируемая рубрикой C76)
- печень
- легкое
- лимфатические узлы
- средостение
- мозговые оболочки
- брюшина
- плевра
- забрюшинное пространство
- спинной мозг.

Злокачественное новообразование лимфатических узлов следует считать вторичным, если только нет указания на его первичный характер. Вторичное новообразование не может иметь продолжительность большую, чем

первичное. При наличии множественных метастазов для свидетельства отбирают наиболее тяжелые.

Вторичные злокачественные новообразования без первичной локализации в качестве первоначальной причины смерти не выбираются, в данной ситуации используют рубрику «Злокачественное новообразование без уточнения локализации» (код С80.-), а метастазы записывают на строках а) и б) части 1 свидетельства.

Если имеются 2 различные локализации злокачественного новообразования, а одна из них входит в перечень типичных локализаций метастазов, то эту локализацию следует считать вторичной.

2.5.4. Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций

При наличии двух и более локализаций из разных систем органов в МКБ-10 предусмотрена рубрика С97 «Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций».

Однако для статистического учета злокачественные новообразования различных локализаций, входящие в рубрику С97, регистрируются как самостоятельные злокачественные новообразования. Поэтому рубрика С97 в статистике как заболеваемости, так и смертности не используется, а все входящие в нее нозологические единицы, регистрируются как самостоятельные заболевания с кодами С00-С76, С80.0, С81-С96.

Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций образуются в форме:

1. двух или более отдельных новообразований в различных локализациях;
2. определенных состояний, которые характеризуются множественными опухолями;
3. лимфом, которые часто распространяются на несколько лимфатических узлов или органов на момент постановки диагноза;
4. двух или более новообразований различной морфологии, возникающих в одной локализации;
5. единичного новообразования, затрагивающего несколько локализаций, точное место образования которого не может быть установлено;
6. локализаций, которые не входят в перечень типичных локализаций метастазов.

Для обеспечения правильной регистрации необходимо использовать правила МАИР²².

Для исключения ошибок кодирования рекомендуется руководствоваться Алфавитным указателем (том 3 МКБ-10, 1995), где на стр. 348-383 в перечне собраны все коды новообразований по локализациям. В первой графе перечня указаны коды первичных злокачественных новообразований, во второй – коды вторичных злокачественных новообразований (метастазов), далее идут

²² <https://www.niioncologii.ru/science/mkb-o>

коды новообразований «in situ», доброкачественных новообразований и новообразований неопределенного характера.

Для обеспечения правильного кодирования, необходимо, чтобы код новообразования точно соответствовал формулировке диагноза.

Формулировка диагноза должна обязательно включать нозологический компонент диагноза: формулировка диагноза новообразования должна соответствовать тому 3 МКБ-10, а также содержать код морфологии по МКБ-О⁵. Эта формулировка должна быть достаточной, чтобы к ней можно было подобрать соответствующий код МКБ-10.

Диагноз должен содержать также клинические компоненты: давность заболевания, стадию, степень тяжести, функциональное состояние органов и систем, наличие прогрессирования, рецидива, а также категории классификации TNM и др.

При наличии более одного злокачественного новообразования, каждое из них кодируется отдельно (прямое кодирование), а затем некоторые из них модифицируются в соответствии с правилами МКБ-10 (множественное кодирование).

В статистике смертности первоначальной причиной смерти выбирают наиболее тяжелую локализацию со смертельными осложнениями, другие локализации указывают в части 2 свидетельства.

2.5.5. Поражения, выходящие за пределы одной и более локализаций

Если имеются две и более локализации в пределах одной рубрики, используют подрубрику «Поражение, выходящее за пределы одной и более локализаций» с четвертым знаком .8.

Если сочетаются злокачественные новообразования из разных рубрик, относящиеся к одной системе органов, используют следующие специальные подрубрики, как одну нозологическую единицу:

C02.8 Поражение языка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C01-C02.4;

C08.8 Поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C07-C08.1;

C14.8 Поражение губ, полости рта и глотки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C00-C14.2;

C21.8 Поражение прямой кишки, заднего прохода [ануса] и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C20-C21.2;

C24.8 Поражение желчных путей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C22.0-C24.1;

C26.8 Поражение органов пищеварения, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C15-C26.1;

C39.8 Поражение органов дыхания и внутригрудных органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C30-C39.0;

C41.8 Поражение костей и суставных хрящей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C40-C41.4;

C49.8 Поражение соединительной и мягких тканей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C47-C49.6;

57.8 Поражение женских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C51-C57.7, C58;

C63.8 Поражение мужских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C60-C63.7;

C68.8 Поражение мочевых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C64-C68.1;

C72.8 Поражение головного мозга и других отделов центральной нервной системы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций – при сочетании кодов в диапазоне C70-C72.5.

2.6. Возможные последовательности патогенеза умирания при злокачественных новообразованиях:

Злокачественное новообразование	→	инсульт	→	отек мозга
Злокачественное новообразование	→	инфаркт мозга	→	кома
Злокачественное новообразование	→	инфаркт миокарда	→	шок
Рак желудка	→	язва	→	кровотечение
Рак желудка	→	язва с прободением	→	перитонит
Рак легкого	→	кровотечение	→	анемия

2.7. Примеры оформления свидетельств

Пример 2.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>перитонит острый</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	К	6	5	.	0
б) <u>язва желудка с прободением</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	12 час.	К	2	5	.	5
в) <u>Рак большой кривизны желудка</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 год	С	1	6	:	6
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	10 лет 12 лет	I 25.8 I11.0				

Пример 2.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>метастазы в легкие</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 мес.	С	7	8	.	0
б) <u>метастазы в кости</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 мес.	С	7	9	.	5
в) <u>Рак молочной железы, выходящий за пределы одной локализации</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 год	С	5	0	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз Холелитиаз	5 лет 7 лет	I25.8 K80.2				

Пример 2.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	R	5	7	.	0
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	I	2	1	.	0
в) <u>Рак нижней доли правого легкого</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	C	3	4	.	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с почечными осложнениями Атеросклеротический кардиосклероз	7 лет 10 лет	E11.2 I25.1				

2.8. Новообразования in situ, доброкачественные новообразования и новообразования неопределенного или неизвестного характера в статистике смертности

Если новообразование in situ, классифицируемое в рубриках D00-D09, записано как причина распространенных метастазов, или если известно, что оно явилось причиной распространенных метастазов, то кодируют соответствующее первичное злокачественное новообразование (C00-C80).

Если нет никаких признаков того, что новообразование in situ вызвало распространенные метастазы, то следует считать, что новообразование in situ маловероятно привело к смерти и поэтому не выбирается в качестве первоначальной причиной смерти.

Если новообразование классифицируется во II классе как доброкачественное, но указано как причина метастазов или инфильтрации, проверяют в Алфавитном указателе и в томе 1, есть ли код для ее злокачественной разновидности. Если да, кодируют опухоль как злокачественную. Если код для злокачественной разновидности отсутствует, кодируют новообразование как доброкачественное.

Новообразования неопределенного или неизвестного характера (D37–D48) не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти, диагноз должен быть уточнен при патологоанатомическом или судебно-медицинском вскрытии.

2.9. Анализ заболеваемости новообразованиями

Для анализа первичной заболеваемости по единичной причине используется «основное состояние» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107), выявленное впервые в жизни и выставленное в конце первого эпизода оказания медицинской помощи. Для анализа общей заболеваемости используют сумму числа впервые выявленных заболеваний со знаком (+) и числа заболеваний, зарегистрированных новообразований в предыдущие годы со знаком (-).

Заболеваемость населения – важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных врачами болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинской организации, органа управления здравоохранением.

Показатели заболеваемости не являются истинными показателями здоровья населения, так как регистрируется заболеваемость преимущественно по обращаемости.

Заболеваемость изучается по данным обращаемости за медицинской помощью. Источником информации является отчетная Форма № 12.

Полученные показатели необходимо оценивать в динамике за 2 и более года с помощью динамических рядов: темпа прироста и темпа убыли.

Для проведения анализа заболеваемости используют следующие статистические показатели:

№ п/п	Показатели	Алгоритм расчета	Источник информации
1	«Грубый»* показатель общей заболеваемости новообразованиями (распространенности, болезненности) населения (всего населения, детей, взрослых)	$\frac{[\text{Число всех зарегистрированных новообразований}^{**} \text{ в текущем году (по возрастным группам)}] \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего населения, детей, взрослых)}}$	Форма № 12, Росстат
2	«Грубый»* показатель первичной заболеваемости населения новообразованиями (всего населения, детей, взрослых)	$\frac{[\text{Число зарегистрированных новообразований}^{**}, \text{ с впервые в жизни установленным диагнозом в текущем году (по возрастным группам)}] \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}}$	Форма № 12, Росстат
3	Показатель охвата диспансерным наблюдением пациентов с новообразованиями	$\frac{\text{Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года}}{\text{Численность населения на конец отчетного года}} \times 1000$	Форма № 12, Росстат

	ями** (всего населения, детей, взрослых)		
4	Общий («грубый») показатель смертности от злокачественных новообразований** (всего населения, детей, взрослых)	Число лиц, умерших от злокачественных новообразований в текущем году <u>по возрастным группам x 100 000</u> Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)	Форма С52 Росстат

* более точными являются стандартизованные показатели, рассчитываемые по специальным формулам.

** показатели могут рассчитываться отдельно для злокачественных новообразований и их отдельных локализаций, новообразований «in situ», доброкачественных новообразований.

Оценка качества и достоверности информации должна проводиться по анализу ошибок оформления первичной медицинской документации, включающих правильность формулирования диагноза и его кодирования.

Результаты анализа используются для коррекции планов по профилактике заболеваемости новообразованиями.

Глава 3. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (D50-D89)

Из данного класса исключены:

- аутоиммунная болезнь (системная) БДУ (M35.9);
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96);
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99);
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99);
- эндокринные болезни, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90);
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B20-B24);
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98);
- новообразования (C00-D48);
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Это свидетельствуют о том, что исключенным состояниям отдается предпочтение при кодировании (они учитываются в других классах).

Добавленные и исключенные обновлениями МКБ-10 рубрики и подрубрики – см. Приложение 1.

В статистике заболеваемости болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм регистрируются, если они выставляются в качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе. Следует помнить, что некоторые состояния из данного класса являются вторичными состояниями, которые не выставляются в качестве основного заболевания. Это прежде всего относится к некоторым анемиям из блоков D50-D64.

В статистике смертности состояния из данного класса чаще всего выбираются в качестве непосредственной и промежуточной причин смерти.

Коды со знаком звездочка (*) в официальной статистике не используются (допускается их применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

3.1. Анемии (D50-D64)

3.1.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболевания должен быть установлен в конце эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных инструментальных и лабораторных исследований.

С учетом специальности врача (гематолог) и профиля отделения некоторые анемии могут регистрироваться в статистике заболеваемости как самостоятельные заболевания.

В качестве «основного состояния» выбирают то, на долю которого в конце эпизода оказания медицинской помощи пришлось наибольшая часть использованных ресурсов (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107). Следует учитывать также специальность врача при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и профиль отделения, если эта помощь была оказана в стационарных условиях.

Некоторые состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

Так, например, записанная в качестве основного состояния «Фолиеводефицитная анемия медикаментозная», кодируемая подрубрикой D52.1, может быть дополнена подрубрикой XX класса – Y41.2 «Противомалярийные препараты и средства, действующие на других простейших, паразитирующих в крови, и являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

3.1.2. Статистика смертности

Учет анемий в статистике смертности отличается от статистики заболеваемости. Анемии (D50-D53, D55-D59 и D60-D64), как правило, не выбираются в качестве первоначальной причины смерти, а чаще всего записываются в качестве непосредственной причины смерти в логической последовательности патогенеза умирания.

Анемии, определенные в соответствии с правилом МКБ-10 как вторичные, в рубриках D50.0, D62, D64.9 (Приложение 3), в качестве первоначальной причины смерти также не выбираются.

Пример 3.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острая постгеморрагическая анемия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	D	6	2	.	X
б) <u>желудочно-кишечное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	K	9	2	.	2
в) <u>Острая язва желудка с кровотечением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	K	2	5	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет 12 лет	I11.0 I25.1				

3.2. «Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния» (D65-D69)

Из этого блока рубрика D65 «Диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации]» используется, чаще всего, в качестве осложнения в статистике заболеваемости или как непосредственная причина в статистике смертности.

Пример 3.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>ДВС-синдром</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	O	6	7	.	0
б) <u>Массивное атоническое кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	15 мин.	O	7	2	:	1
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Первичная слабость родовой деятельности	12 час.	O62.0				

Рубрика D69.0 «Аллергическая пурпура» используется в качестве основного состояния в статистике заболеваемости или в качестве первоначальной причины в статистике смертности. При этом указание логической последовательности патогенеза болезни обязательно.

Пример 3.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гиповолемический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	40 мин.	R	5	7	.	1
б) желудочно-кишечное кровотечение патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 часа	K	9	2	.	2
в) Аллергическая пурпура Геноха-Шенлейна первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	D	6	9	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Острый миокардит	2 нед.	I40.9				

Состояния из блоков: D70-D77 «Другие болезни крови и кроветворных органов» и D80-D89 «Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» учитываются в статистике заболеваемости, но редко используются в качестве первоначальной причины смерти.

Глава 4. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса IV «Болезни эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ» (E00-E90)

Из данного класса исключены:

- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99);
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99);
- преходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для плода и новорожденного (P70-P74).

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают вышеперечисленным классам, а не болезням эндокринной системы.

Добавленные обновлениями МКБ-10 рубрики – см. Приложение 1.

Класс содержит следующие блоки:

E00-E07 Болезни щитовидной железы

E10-E14 Сахарный диабет

E15-E16 Другие нарушения регуляции глюкозы и внутренней секреции поджелудочной железы

E20-E35 Нарушения других эндокринных желёз

E40-E46 Недостаточность питания

E50-E64 Другие виды недостаточности питания

E65-E68 Ожирение и другие виды избыточности питания

E70-E90 Нарушения обмена веществ

4.1. «Болезни щитовидной железы» (E00-E07)

4.1.1. Тиреотоксикоз (E05)

В статистике заболеваемости тиреотоксикоз (E05) регистрируется как впервые в жизни выявленное заболевание со знаком (+), а со второго года – со знаком (–) ежегодно один раз при первом обращении в течение календарного года.

В статистике смертности чаще всего в качестве первоначальной причины смерти выбирается тиреотоксикоз, диагноз которого выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи при наличии смертельных осложнений.

Пример 4.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>миокардиодистрофия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 мес.	I	5	1	.	5
в) <u>Тиреотоксикоз с диффузно-токсическим зобом</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	E	0	5	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Синдром слабости синусового узла Атеросклеротический кардиосклероз	6 мес. 6 лет	I49.5 I25.1				

4.2. «Сахарный диабет» (E10-E14)

Сахарный диабет занимает около 20% в структуре первичной заболеваемости болезнями эндокринной системы и более 90% в структуре смертности от заболеваний IV класса МКБ-10. Из названия рубрик E10 и E11 исключены термины «инсулинзависимый» и «инсулиннезависимый».

4.2.1. Классификация сахарного диабета

В соответствии с МКБ-10 сахарный диабет относится к классу IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90) и входит в блок «Сахарный диабет» (E10-E14):

E10 Сахарный диабет 1 типа

Включен: сахарный диабет лабильный, нестабильный, с началом в молодом возрасте, с склонностью к кетозу, аутоиммунный, идиопатический.

E11 Сахарный диабет 2 типа

Включен: сахарный диабет с ожирением или без него, с началом в зрелом возрасте, без склонности к кетозу, стабильный, инсулинорезистентный.

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E13 Другие уточненные формы сахарного диабета

Включен: сахарный диабет в результате генетических дефектов функции β -клеток и действия инсулина; стероидный сахарный диабет (при правильном применении лекарственного средства).

E14 Сахарный диабет неуточненный

С рубриками E10-E14 используются следующие общие четырехзначные подрубрики (четвертые знаки):

- .0 С комой
- .1 С кетоацидозом
- .2 С поражением почек
- .3 С поражением глаз
- .4 С неврологическими осложнениями
- .5 С нарушениями периферического кровообращения
- .6 С другими уточненными осложнениями
- .7 С множественными осложнениями
- .8 С неуточненными осложнениями
- .9 Без осложнений

Кроме того, сахарный диабет:

- у беременных, рожениц и родильниц кодируется рубрикой O24.– (коды E10-E14 с соответствующими четвертыми знаками могут использоваться как дополнительные);
- у новорожденных кодируется рубрикой P70.2

К постановке диагноза «сахарный диабет» имеют отношение некоторые состояния из класса XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках».

К ним относятся «Повышенное содержание глюкозы в крови» (код R73), включая «Нарушение толерантности к глюкозе» (код R73.0), и гликозурия (код R81). Эти состояния не являются заболеваниями, а при их обнаружении регистрируется состояние «Наблюдение при подозрении на сахарный диабет», код Z03.8.

Кроме того, «Специальное скрининговое обследование с целью выявления сахарного диабета» кодируется рубрикой Z13.1, а «Консультирование по вопросам питания» и наблюдение – рубрикой Z71.3.

Данные состояния также не являются заболеваниями, они относятся к классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» и в статистику заболеваемости не включаются.

Пациенты с подозрением на сахарный диабет должны браться под диспансерное наблюдение и наблюдаться по этому состоянию до постановки диагноза сахарного диабета или исключения подозрения на него.

Не относятся к сахарному диабету следующие состояния, классифицированные в других рубриках IV класса МКБ-10:

- недиабетическая гипогликемическая кома (код E15);
- другие нарушения внутренней секреции поджелудочной железы (код E16);
- несахарный диабет (код E23.2);
- почечная глюкозурия (код E74.8);
- послеоперационная гипоинсулинемия (код E89.1).

Необходимо обратить внимание, что клиническая классификация сахарного диабета не всегда совпадает с МКБ-10, и иногда клинические формы сахарного диабета могут классифицироваться в других рубриках. Это, например, касается группы эндокринопатий, инфекций, болезней поджелудочной железы.

4.2.2. Формулировка диагноза для целей статистического учета

При первичном амбулаторном обращении пациента в медицинскую организацию при подозрении на сахарный диабет или с диагнозом «сахарный диабет», заполняется Карта, в которой отражаются: жалобы пациента, анамнез заболевания, объективные данные, данные лабораторных и инструментальных исследований (при наличии), выставляется предварительный диагноз и его код по МКБ-10, даются направления на обследование и при необходимости назначается лечение.

При наличии повышенного содержания глюкозы в крови или моче, может быть выставлен диагноз «Наблюдение при подозрении на сахарный диабет», код Z03.8. Если до конца отчетного года диагноз не изменяется, то это состояние с кодом Z03.8 регистрируется для включения в соответствующие таблицы отчетной Формы № 12.

При установлении диагноза сахарного диабета, необходимо соблюдение определенных условий для обеспечения его правильного кодирования и регистрации. В качестве нозологического компонента диагноза обязательно указывается название заболевания – «сахарный диабет» и его тип, далее могут использоваться различные клинические характеристики болезни: степень тяжести, компенсация диабета и т.д. Обязательно в формулировке диагноза основного заболевания следует указывать осложнения, при этом если осложнение касается одной системы органов, его отражают конкретно в диагнозе основного заболевания, например, «с нефропатией». Если осложнений два и более, в формулировке основного заболевания указывают: «с множественными осложнениями». После этой формулировки диагноза сахарного диабета записывают его четырехзначный код по МКБ-10.

Затем заполняется раздел диагноза «Осложнения основного заболевания», в котором обязательно должны быть перечислены все осложнения сахарного диабета.

Так же формулируется заключительный клинический диагноз в Медкарте. По таким же принципам должен быть построен патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы. Такой же принцип

сохраняется при записи диагноза сахарного диабета в качестве фонового, конкурирующего или сопутствующего заболевания. Диагноз сахарного диабета может содержать различные дополнительные клинические характеристики, что не противоречит принципам статистического учета.

Примеры нозологических формулировок диагнозов сахарного диабета:

Основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа с множественными осложнениями **E10.7**

Осложнения:

гипогликемическая кома

нефропатия

Фоновое заболевание: Артериальная гипертензия.

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз. Хронический обструктивный бронхит.

Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями **E11.7**

Осложнения:

пролиферативная ретинопатия III ст. обоих глаз

нефропатия II ст.

гангрена левой стопы

Фоновое заболевание: Артериальная гипертензия.

Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит в стадии ремиссии.

Основное заболевание: Постинфарктный кардиосклероз **I25.8**

Осложнения:

пароксизм мерцания предсердий

хроническая сердечная недостаточность

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями. Хронический вирусный гепатит С.

В госпитальной статистике кодируется только одно основное заболевание из рубрики «Заключительный клинический диагноз» для отчетной Формы № 14.

В амбулаторно-поликлинической статистике кодируются все заболевания (основное, фоновые, конкурирующие, сопутствующие), кроме осложнений основного заболевания, для отчетной Формы № 12.

4.2.3. Статистический учет пациентов с сахарным диабетом в статистике заболеваемости

Статистический учет пациентов с сахарным диабетом в статистике заболеваемости при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях имеет свои особенности.

4.2.3.1. Статистический учет пациентов с сахарным диабетом при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При записи первичного осмотра пациента в Карте, одновременно заполняются п.п.1-20 Талона.

В данном эпизоде оказания медицинской помощи при установлении диагноза сахарного диабета, пациент должен быть взят под диспансерное наблюдение врачом терапевтом участковым (врачом общей практики), врачом эндокринологом или диабетологом.

При этом заполняется п.12 Карты, в котором делают отметку о взятии под диспансерное наблюдение, а также заполняются п.п. 1-8 и 11-15 «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (учетная форма № 030/у), в которой делают отметку о дате следующего посещения - диспансерного наблюдения, а в п. 19 записывают назначенные лечебно-профилактические мероприятия.

Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа должно проводиться врачом эндокринологом (ранее это было регламентировано приказом Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения», в настоящее время данный приказ признан утратившим силу).

Диспансерное наблюдение пациентов, больных сахарным диабетом 2 типа проводится врачом терапевтом в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

После записи о состоянии пациента в конце эпизода оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и постановке заключительного клинического диагноза и его кода, в п. 20 Карты переносят формулировку диагноза и его код, а также производят отметку о впервые в жизни выявленном диагнозе (+) или о ранее установленном диагнозе (–) ежегодно один раз в течении календарного года.

Для целей медицинской статистики регистрируют сахарный диабет как основное заболевание и все фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни, кроме осложнений основного заболевания.

4.2.3.2. Статистический учет пациентов с сахарным диабетом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в конце эпизода оказания медицинской помощи в Медкарте формулировку заключительного клинического или посмертного диагноза записывают по общепринятым разделам.

Далее заполняется Статкарта, формулировки диагнозов в которой должны полностью совпадать с Медкартой. Кодировается только одно основное заболевание.

При выписке пациента из стационара заключительный клинический диагноз оформляют в соответствии с вышеуказанными требованиями (см. п. 4.2.2. данного раздела).

В случае летального исхода в Статкарте записывают:

- заключительный клинический диагноз с осложнениями и его код по МКБ-10;
- патологоанатомический диагноз основного заболевания с осложнениями и его код (если вскрытие было проведено);
- причины смерти (все причины смерти, отобранные для свидетельства, с кодами по МКБ-10, код первоначальной причины смерти подчеркивают).

После окончания эпизода оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основании выписки из Медкарты в прикрепленной поликлинике заполняют Карту и Талон, в которых регистрируют все выявленные заболевания и их взятие под диспансерное наблюдение или снятие с него.

В выписке должны быть отражены все имеющиеся и выявленные заболевания, включая выявленные патологоанатомом.

Если пациент с выпиской пришел на прием в поликлинику сам, то Талон заполняют с отметкой о посещении; если пациент на прием не явился, то Талон заполняют на основании направленной из стационара выписки, но без отметки о посещении.

В п. 20 Карты: указывают диагноз каждого заболевания и ставят знак «+» или «-» (впервые в жизни зарегистрированное или выявленное ранее). Следует помнить, что такая отметка (-) производится ежегодно 1 раз в календарном году при первом обращении пациента в поликлинику.

На основании Талонов производится регистрация всех выявленных заболеваний (с впервые в жизни установленным диагнозом и ранее выявленных) в отчетной Форме № 12.

4.2.4. Статистическая отчетность по сахарному диабету

Форма № 12.

Таблицы 1000, 2000, 3000 и 4000 формы № 12 заполняются на основании сведений, содержащихся в Талонах за отчетный год. При этом в соответствии с п. 35 Талона регистрируются все заболевания, отмеченные в Талонах со знаком (+), а заболевания со знаком (–) только 1 раз в отчетном году. Сведения включают в графы: «зарегистрировано всего» и «с впервые в жизни установленным диагнозом».

Информация о взятии и снятии с диспансерного наблюдения содержится в п. 36 Талона, ее используют для заполнения сведений о диспансерном наблюдении в таблицах 1000, 2000, 3000 и 4000 Формы № 12.

Если в течение отчетного года изменился диагноз сахарного диабета, например, с сахарного диабета 2 типа с нефропатией (E11.2) на сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7), то в Форму № 12 включают диагноз и код, выставленный на конец отчетного года.

Форма № 12 используется для расчета показателей заболеваемости.

Форма № 14.

В таблице 2000 в соответствующих строках показывают число выписанных пролеченных пациентов с заключительным клиническим диагнозом «сахарный диабет» и число проведенных койко-дней. Кроме того, в графах 8-12 показывают информацию об умерших, у которых «сахарный диабет» был выбран в качестве первоначальной причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10 (источник информации – Статкарта).

4.2.5. Оформление первичной медицинской документации в случаях смерти

В случае летального исхода в первичной медицинской документации (Карте, Медкарте) лечащим врачом оформляется посмертный эпикриз, в котором записывается заключительный посмертный клинический диагноз.

Если причина смерти неизвестна и в первичной медицинской документации отсутствует информация о динамическом или диспансерном наблюдении пациента, труп должен быть направлен на патологоанатомическое, или судебно-медицинское вскрытие для установления причин смерти и выдачи свидетельства.

Если причина смерти известна и имеются записи о динамическом наблюдении, выдается окончательное свидетельство.

В п. 22 части 1 свидетельства диагноз сахарного диабета указывают на строке в) при наличии двух и более осложнений.

Для обеспечения правильного кодирования в диагнозе должен быть отражен обязательно тип сахарного диабета и наличие осложнений: при наличии одного осложнения – оно указывается конкретно, например, «с

нефропатией», а при наличии двух и более – записывают «с множественными осложнениями», и два наиболее тяжелых осложнения отбирают из Карты или Медкарты и записывают на строках а) и б).

При автоматизированной обработке свидетельств для анализа по множественным причинам смерти подсчитывается каждый код МКБ-10. Во избежание подсчета осложнений сахарного диабета как самостоятельных заболеваний и, следовательно, необходимости правильного учета: одного случая смерти у одного умершего пациента, все осложнения сахарного диабета следует кодировать соответствующими их формулировкам кодами из Алфавитного указателя (том 3 МКБ-10), кроме кодов E10-E14.

Например:

- кома – R40.2;
- кетоацидоз – E87.2;
- нефропатия – N28.9;
- ретинопатия – H35.0;
- невропатия – G58.9;
- гангрена – R02.X;
- ангиопатия периферическая – I73.9.

В свидетельствах обязательно должна указываться логическая последовательность патогенеза умирания (при наличии одного осложнения), что необходимо для анализа по множественным причинам смерти.

Формулирование посмертного диагноза сахарного диабета после проведения патологоанатомического и судебно-медицинского вскрытия производится по единым правилам.

4.2.6. Некоторые возможные логические последовательности патогенеза умирания с наличием одного осложнения сахарного диабета:

Сахарный диабет	→	диабетическая кома	→	отек мозга
Сахарный диабет	→	гангрена	→	сепсис
Сахарный диабет	→	инфаркт мозга	→	кома
Сахарный диабет	→	инфаркт миокарда	→	кардиогенный шок
Сахарный диабет	→	нефропатия	→	почечная недостаточность
Сахарный диабет	→	ангиопатия	→	гангрена

4.2.7. Примеры оформления свидетельств

Пример 4.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>стафилококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	A	4	1	.	2
б) <u>гангрена</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 мес.	R	0	2	.	X
в) <u>Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Хронический панкреатит	10 лет 6 лет	I25.1 K86.1				

Пример 4.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	I	6	3	.	3
б) <u>нефропатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N	2	8	.	9
в) <u>Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз Камни желчного пузыря с хроническим холециститом	10 лет 20 лет 8 лет	J44.8 I25.1 K80.1				

4.2.8. Правила выбора сахарного диабета в качестве первоначальной причины смерти

В МКБ-10 установлены определенные правила выбора сахарного диабета в качестве первоначальной причины смерти. Эти правила касаются только летальных исходов сахарного диабета.

Следует обратить внимание, что обновлениями ВОЗ 2016 года²³ правила выбора сахарного диабета в качестве первоначальной причины смерти уточнены и расширены. Особенностью этого выбора является то, что при определении первоначальной причины смерти должен быть применен алгоритм, включающий все правила.

Эти правила делятся на 4 группы.

Первая группа включает принимаемые последовательности (Приложение 2), вторая – очевидные осложнения сахарного диабета (Приложение 14). Третья группа правил подразделяется на состояния, которые считают взаимосвязанными с сахарным диабетом, где бы они не были записаны, и состояния, взаимосвязи с которыми должны находиться в правильной причинно-следственной связи (Приложение 6). Наконец, четвертая группа включает состояния, которые являются причиной возникновения сахарного диабета, и которые при их сочетании следует выбирать в качестве первоначальной причины смерти (Приложение 15).

ВОЗ обращает внимание, что правила выбора первоначальной причины смерти должны применяться всегда, независимо от того, можно ли их считать правильными с медицинской точки зрения или нет, так как это важно и имеет большое значение для общественного здравоохранения.

После установления заключительного посмертного диагноза для выбора первоначальной причины смерти обязательно должны быть применены правила всех четырех групп.

4.2.8.1. Первая группа правил

В этом разделе перечислены последовательности причин смерти, которые должны быть приняты или отклонены при выборе первоначальной причины смерти.

«Целью является получение наиболее полезной статистики смертности насколько это возможно. Таким образом, записывается ли последовательность как «отклоняемая» или «принимаемая» – может отражать интересы, имеющие большое значение для общественного здравоохранения, а не то, что допустимо с чисто медицинской точки зрения.

Поэтому, всегда следует применять эти инструкции, независимо от того, можно ли их считать правильными с медицинской точки зрения или нет.

²³ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

Отдельные страны не должны исправлять то, что предполагается как ошибка, так как изменения на национальном уровне приведут к данным, которые меньше сопоставимы с данными других стран и, таким образом, менее полезны для анализа»²⁴.

Взаимосвязи, указанные в перечне ниже, должны быть приняты.

А. Принимаемые последовательности (Приложение 2)

(k) Острые или терминальные болезни системы кровообращения вследствие других состояний.

Принимаются следующие острые или терминальные болезни системы кровообращения, как следствие злокачественных новообразований, сахарного диабета или астмы:

- Острый и повторный инфаркт миокарда (I21 и I22)
- Другая острая ишемическая болезнь сердца (I24)
- Тромбоэмболия легочной артерии (I26)
- Острый перикардит (I30)
- Острый и подострый эндокардит (I33)
- Острый миокардит (I40)
- Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ветви пучка Гиса (I44)
- Другие нарушения проводимости (I45)
- Остановка сердца (I46)
- Пароксизмальная тахикардия (I47)
- Фибрилляция и трепетание предсердий (I48)
- Другие нарушения сердечного ритма (I49)
- Сердечная недостаточность (I50)
- Другие неточно обозначенные болезни сердца (I51.8)
- Цереброваскулярные болезни, классифицированные в рубриках I60-I66, I67.6-I67.8 и I69

При выборе первоначальной причины смерти должны быть проанализированы все заболевания, записанные в посмертном диагнозе, включая фоновые, конкурирующие и сопутствующие. При сомнении может быть или не быть одно заболевание причиной возникновения другого, следует обращаться к таблицам принятия решений (АСМЕ).,

Так, например, неправильной является запись, при которой в части 1 записывают острый инфаркт миокарда, который выбирают в качестве первоначальной причины смерти, а в части 2 – сахарный диабет, так как эти два состояния в соответствии с таблицами принятия решений (АСМЕ) находятся в причинной взаимосвязи и должны быть приняты и правильно записаны.

²⁴ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

Пример 4.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	R	5	7	.	0	
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 дней	I	2	1	.	0	
в) <u>Сахарный диабет II типа с уточненным осложнением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	E	1	1	:	6	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	12 лет 10 лет	I25.1 I10.X					

4.2.8.2. Вторая группа правил (Приложение 14).

D. Осложнения сахарного диабета.

Сахарный диабет следует рассматривать как очевидную причину следующих состояний:

- Ацидоз (E87.2)
- Другие уточненные нарушения обмена веществ (E88.8)
- Другие мононевропатии (G58.-)
- Полиневропатия неуточненная (G62.9)
- Другие расстройства периферической нервной системы (G64)
- «Другие первичные поражения мышц» (G71.8), уточненные как амиотрофия, но без уточнения этиологии
- Расстройство вегетативной [автономной] нервной системы, неуточненное (G90.9)
- Иридоциклит (H20.9)
- Катаракта неуточненная (H26.9)
- Хориоретинальное воспаление неуточненное (H30.9)
- Окклюзии сосудов сетчатки (H34)
- Фоновая ретинопатия и изменения сосудов сетчатки (H35.0)
- Другая пролиферативная ретинопатия (H35.2)
- Ретинальное кровоизлияние (H35.6)
- Поражение сетчатки неуточненное (H35.9)
- Атеросклероз артерий конечностей (I70.2)

- Болезнь периферических сосудов неуточненная (I73.9)
- Некробриоз липоидный, не классифицированный в других рубриках (L92.1)
- Язва нижней конечности, не классифицированная в других рубриках (L97)
- Артрит неуточненный (M13.9)
- Невралгия и неврит неуточненные (M79.2)
- Нефротический и нефротический синдромы (N03-N05)
- Хроническая болезнь почки (N18.-)
- Неуточненная почечная недостаточность (N19)
- Неуточненная сморщенная почка (N26)
- «Болезни почки и мочеточника неуточненные» (N28.9), уточненные как почечные болезни
- Стойкая протеинурия неуточненная (N39.1)
- Гангрена, не классифицированная в других рубриках (R02)
- Кома неуточненная (R40.2)
- «Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови» (R79.8), уточненные как ацетонемия, азотемия и родственные состояния.

Таким образом, вышеуказанные осложнения (при их наличии) должны быть записаны вместе с сахарным диабетом в части 1 свидетельства в правильной причинной взаимосвязи. Первоначальной причиной смерти выбирается сахарный диабет.

Пример 4.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>гангрена</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	R	0	2	.	X
б) <u>хроническая почечная недостаточность</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N	1	8	.	9
в) <u>Сахарный диабет II типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	6 лет	E	1	1	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Артериальная гипертензия	10 лет 8 лет	J44.8 I10.X				

4.2.8.3. Третья группа правил (Приложение 6).

В ниже представленном перечне предварительная первоначальная причина расположена в левой колонке. Если имеются состояния, указанные в правой колонке, используют код, выделенный жирным шрифтом, как новую предварительную первоначальную причину.

Имеется два типа комбинаций:

- запись «с упоминанием о» означает, что другое состояние может располагаться в любой части свидетельства;

- запись «когда записан как причина» означает, что другое состояние должно находиться в правильной причинно-следственной связи или быть иным образом показано, как возникшее вследствие предварительной первоначальной причины смерти.

Рассматривая это правило, следует обратить внимание, что некоторые хронические заболевания в соответствии с правилами МКБ-10 считаются следствием сахарного диабета.

Например, у умершего имеется два хронических заболевания: сахарный диабет (E11.7) и атеросклеротический кардиосклероз (I25.1).

Пример 4.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>уремия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 сут.	N	1	9	.	X
б) <u>сморщенная почка</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 года	N	2	6	.	X
в) <u>Сахарный диабет II типа с почечными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 лет	E	1	1	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	7 лет	I25.1				

Для того, чтобы правильно определить какому заболеванию следует отдать предпочтение при выборе первоначальной причины смерти, необходимо обратиться к таблицам принятия решений (АСМЕ).

При этом, если эти два заболевания между собой связаны, то в качестве первоначальной причины смерти выбирают то заболевание, которое явилось причиной возникновения другого.

Результат взаимоотношения этих заболеваний по таблицам принятия решений следующий:

0000NC00000001 I251/E116

0000NC00000002 Intentional Reject = '' Place of Inj = ''

0000NC00000003 Is I251 due to E116? YES

0000NC00000004 Select Initial TUC = E116 - GenPrin

0000NC00000005 MANUAL UC: ACME UC: E116

На строке 3 – может ли I25.1 быть следствием E11.6? Ответ – да.

Это означает, что атеросклеротический кардиосклероз следует рассматривать как следствие сахарного диабета. Следовательно, в качестве первоначальной причины смерти при наличии этих двух заболеваний выбирают сахарный диабет.

Этот выбор подтверждается также правилом МКБ-10 (Приложение 6), в котором, если сахарный диабет (E10-E14) записан как причина ишемических болезней сердца (I20-I25), кодируют сахарный диабет (E10–E14) с четвертым знаком .6.

Необходимо отметить, что целью выбора первоначальной причины смерти является получение, по возможности, наиболее полезной статистики смертности, важной для общественного здравоохранения. Поэтому инструкции МКБ-10 должны быть всегда применимы, независимо от того, могут ли они считаться правильными с медицинской точки зрения, или нет.

ВОЗ обращает внимание, что запись причин смерти в свидетельствах должна производиться в соответствии с установленными правилами и «чтобы лицо, заполняющее свидетельство о смерти, не выбрало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 33).

4.2.8.4. Четвертая группа правил (Приложение 15).

Четвертая группа правил включает состояния, которые являются причиной возникновения сахарного диабета. В качестве первоначальной причины смерти выбирают заболевание, которое послужило причиной возникновения сахарного диабета.

В перечне ВОЗ указываются заболевания и типы сахарного диабета, которые являются следствием этих заболеваний при летальных исходах.

Пример 4.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>гангрена</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	R	0	2	.	X
б) <u>сахарный диабет II типа с ангиопатией</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 года	E	1	1	.	5
в) <u>Гипофизарнозависимый синдром Иценко-Кушинга</u> первоначальная причина смерти указывается последней	6 лет	E	2	4	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	7 лет	I25.8				

Таким образом, только после применения всех четырех групп правил окончательно выбирается первоначальная причина смерти.

4.3. Ожирение и другие виды избыточности питания» (E65-E68)

Блок «Ожирение и другие виды избыточности питания» (E65-E68) включает в себя нозологические единицы, характеризующиеся наличием избыточного жира в организме.

Блок включает:

E65 Локализованное отложение жира

E66 Ожирение

E66.0 Ожирение вследствие избыточной калорийности питания

E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств

E66.2 Крайняя степень ожирения с альвеолярной гиповентиляцией

Синдром ожирения-гиповентиляции (СОГ) [OHS]

Пиквикский синдром

E66.8 Другое ожирение

E66.9 Ожирение неуточненное

E67 Другое избыточное питание

E68 Последствия избыточности питания

Пример 4.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>синдром респираторного расстройства</u> _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	J	8	0	.	X
б) <u>хроническое легочное сердце</u> _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 года	I	2	7	.	9
в) <u>Синдром Пиквика</u> _____ первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	6	6	:	2
г) _____ _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	8 лет	I11.0				

Классификация состояний из этого блока используется для целей статистического учета и отличается от клинической классификации. Эти патологические состояния используются преимущественно в статистике заболеваемости.

К ожирению (E66) относят случаи избыточной массы тела, характеризующиеся индексом массы тела 30 кг/м^2 и более (приказ Минздрава России от 27.04.21 г. № 404н).

В статистике смертности могут иметь место летальные случаи от крайней степени ожирения (синдром Пиквика), код E66.2.

4.4. Амилоидоз (E85)

Амилоидоз – группа нарушений белкового обмена, проявляющаяся отложением в тканях амилоида. В МКБ-10 выделяются несколько различных форм амилоидоза: первичный, вторичный системный, наследственный, локализованный.

Амилоидоз регистрируется в статистике заболеваемости как первичное состояние и как следствие других болезней (вторичный амилоидоз), и также выбирается в качестве первоначальной причины смерти как первичное заболевание со смертельными осложнениями или как непосредственная, или промежуточная причина смерти (вторичный системный амилоидоз, E85.3).

Пример 4.9.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>хроническая почечная недостаточность</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	N	1	8	.	9
б) <u>вторичный амилоидоз</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 мес.	E	8	5	.	3
в) <u>Серопозитивный ревматоидный артрит с системным поражением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	M	0	5	.	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Аутоиммунный тиреоидит	2 года	E06.3				

Глава 5. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99)

Из данного класса исключены:

- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Класс содержит следующие блоки:

F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F10-F19 Психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением психоактивных веществ

F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства)

F40-F49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F50-F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F70-F79 Умственная отсталость

F80-F89 Расстройства психологического развития

F90-F98 Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте

F99 Неуточнённые психические расстройства

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

F00* Деменция при болезни Альцгеймера

F02* Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках

5.1. «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00-F09)

Группа состояний из этого блока, обозначаемая термином «деменция», классифицируемых рубриками F01 и F03 может выступать как в качестве самостоятельных заболеваний, так и в качестве осложнения, чаще всего цереброваскулярных болезней (I60-I69).

5.1.1. Статистика заболеваемости

Диагнозы состояний из блока F00-F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» устанавливаются врачом психиатром в качестве самостоятельных заболеваний в конце эпизода оказания медицинской помощи и регистрируются со знаком (+) как впервые выявленные заболевания или со знаком (–) один раз ежегодно при первом обращении пациента за медицинской помощью.

Деменция, определяемая как осложнение других заболеваний, в качестве самостоятельного заболевания не регистрируется.

5.1.2. Статистика смертности

Состояния из блока F00-F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», обозначаемые термином «деменция», классифицируемых рубриками F01 и F03 могут выбираться в качестве первоначальной причины смерти, если они являются осложнениями цереброваскулярных болезней (I60-I69).

Следует помнить, однако, что «деменция» не является смертельным осложнением, и указание ее как единственного осложнения при летальном исходе, неправомерно.

Пример 5.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гипостатическая пневмония болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 мес.	J	1	8	.	2
б) подкорковая сосудистая деменция патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	F	0	1	:	2
в) Хроническая ишемия мозга первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	I	6	7	.	8
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Церебральный атеросклероз Артериальная гипертензия	4 года 5 лет	I67.2 I10.X				

Необходимо принять состояния, обычно включающие необратимые поражения головного мозга, как очевидную причину деменции, если другая причина деменции не установлена.

Необходимо принять синдром Дауна (Q90.–) как очевидную причину неуточненной деменции (F03) и болезни Альцгеймера (G30.–).

Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F03–F09) не используются для кодирования первоначальной причины смерти, если известна первоначальная физическая причина органического психического расстройства.

Делирий на фоне деменции (F05.1) не используются для кодирования первоначальной причины смерти, кодируют по типу деменции.

Если транзиторные церебральные ишемические атаки и родственные синдромы (G45.–) являются причиной мультиинфарктной деменции (F01.1), сосудистой деменции неуточненной (F01.9) или неуточненной деменции (F03), в качестве первоначальной причины смерти выбирают мультиинфарктную деменцию (F01.1).

Если цереброваскулярные болезни (I60–I69) или генерализованный и неуточненный атеросклероз (I70.9) являются причиной деменции (F01–F03), первоначальной причиной смерти выбирают сосудистую деменцию (F01.–).

5.2. «Психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10-F19)

Состояния из этого блока относятся к компетенции врачей-наркологов, и имеют свои особенности учета и кодирования.

Этот блок содержит широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ, предписанных или не предписанных по медицинским показаниям.

Трехзначные рубрики этого блока классифицируются в зависимости от используемого вещества:

- F10.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя
- F11.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов
- F12.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов
- F13.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств
- F14.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина
- F15.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин
- F16.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов
- F17.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака
- F18.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей

F19.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные
одновременным употреблением нескольких наркотических
средств и использованием других психоактивных веществ

Идентификация наркотического или психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщенные самим пациентом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы и другие объективные данные, такие как употребляемое наркотическое средство, а также информация об этом, полученная от третьих лиц. Следует иметь в виду, что многие потребители наркотиков используют более одного вида наркотического, или психоактивного вещества.

С трехзначными рубриками F10-F19 используются следующие четырехзначные подрубрики:

- .0 Острая интоксикация;
- .1 Пагубное употребление;
- .2 Синдром зависимости
- .3 Абстинентное состояние
- .4 Абстинентное состояние с делирием
- .5 Психотическое расстройство
- .6 Амнестический синдром
- .7 Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство
- .8 Другие психические расстройства и расстройства поведения
- .9 Психическое расстройство и расстройство поведения
неуточненное

Четвертый знак кода (четырёхзначная подрубрика) является общим для всего блока рубрик, он определяет клиническую характеристику состояний.

Всегда следует стремиться к более точной формулировке диагноза заболевания или отравления с использованием четырехзначных подрубрик. Только в тех случаях, когда применение наркотических веществ носит хаотичный и смешанный характер, или вклад различных психоактивных веществ в клиническую картину невозможно вычлениить, следует ставить диагноз расстройства вследствие употребления нескольких наркотических веществ (F19.-) или использовать подрубрику .9.

Диагноз основного заболевания, или отравления должен быть по возможности установлен по наркотическому веществу (или группе веществ), которое вызвало клинические симптомы.

5.2.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболевания должен быть установлен в конце эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов исследований.

Для учета состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ, для статистики заболеваемости лечащий врач должен определить «основное» состояние в соответствии с правилами МКБ-10 (том 2, стр.107).

Примеры формулировок нозологического компонента «основного» состояния:

Острая алкогольная интоксикация **F10.0**

Синдром зависимости от опиоидов **F11.2**

Синдром зависимости от алкоголя **F10.2**

Хронический алкоголизм **F10.2**

Алкогольный психоз **F10.5**

5.2.2. Статистика смертности

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, используемые в статистике смертности, кодируются кодами F10-F19 V класса МКБ-10.

Рубрика F10. В случае смерти в качестве первоначальной причины выбирают только одно из заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, а другие (при наличии) вместе с хроническим алкоголизмом указывают в части 2 свидетельства.

Необходимо принять синдром зависимости от алкоголя (F10.2) как очевидную причину долевой пневмонии неуточненной (J18.1).

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) при сочетании со следующими внешними причинами:

X40–X49 (Случайное отравление и воздействие ядовитых веществ), кодируют X40–X49

X60–X69 (Преднамеренное самоотравление и воздействие ядовитых веществ), кодируют X60–X69

X85–X90 Нападение с применением ядовитых веществ, кодируют X85–X90

Y10–Y19 Отравление лекарственными препаратами, химическими и ядовитыми веществами, кодируют Y10–Y19

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) с четвертым знаком .0

(Острая интоксикация), кодируют рубриками X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) с четвертым знаком .1 (Пагубное употребление) с упоминанием о:

Синдроме зависимости (.2), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .2

Абстинентном состоянии с делирием (.4), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .4

Амнестическом синдроме (.6), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .6

Резидуальном и отсроченном психотическом расстройстве (.7), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .7

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) с четвертым знаком .2 (Синдром зависимости) с упоминанием о:

Абстинентном состоянии с делирием (.4), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .4

Амнестическом синдроме (.6), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .6

Резидуальном и отсроченном психотическом расстройстве (.7), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .7

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19) с четвертым знаком .5 (Психотическое расстройство) с упоминанием о:

Синдроме зависимости (.2), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .2

Абстинентном состоянии с делирием (.4), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .4

Амнестическом синдроме (.6), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .6

Резидуальном и отсроченном психотическом расстройстве (.7), кодируют F10–F19 с четвертым знаком .7

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10.–) с упоминанием о (т.е. в любой части свидетельства):

E24.4 (Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем),
кодируют **E24.4**

- G31.2 (Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем),
кодируют **G31.2**
- G62.1 (Алкогольная полиневропатия), кодируют **G62.1**
- G72.1 (Алкогольная миопатия), кодируют **G72.1**
- I42.6 (Алкогольная кардиомиопатия), кодируют **I42.6**
- K29.2 (Алкогольный гастрит), кодируют **K29.2**
- K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.—**
- K72.— (Печеночная недостаточность, не классифицированная
в других рубриках), кодируют **K70.4**
- K73.— (Хронический гепатит, не классифицированный
в других рубриках), кодируют **K70.1**
- K74.0 (Фиброз печени), кодируют **K70.2**
- K74.1 (Склероз печени), кодируют **K70.2**
- K74.2 (Фиброз печени в сочетании со склерозом печени),
кодируют **K70.2**
- K74.6 (Другой и неуточненный цирроз печени),
кодируют **K70.3**
- K75.8 (Другие воспалительные болезни печени), если
уточнены, как стеатогепатит, но не неалкогольный,
кодируют **K70.1**
- K75.9 (Воспалительная болезнь печени неуточненная),
кодируют **K70.1**
- K76.0 (Жировая дегенерация печени, не классифицированная
в других рубриках), кодируют **K70.0**
- K76.9 (Болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.9**
- K85.2 (Острый панкреатит алкогольной этиологии),
кодируют **K85.2**
- K85.9 (Острый панкреатит неуточненный), кодируют **K85.2**
- K86.0 (Хронический панкреатит алкогольной этиологии),
кодируют **K86.0**
- K86.1 (Другой хронический панкреатит), кроме уточненного
вследствие других причин, не связанных с алкоголем,
кодируют **K86.0**
- O35.4 (Медицинская помощь матери при (предполагаемом)
поражении плода от алкоголя), кодируют **O35.4**

Если психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10.—) записаны как причина кардиомиопатии, обусловленной воздействием лекарственных средств и других внешних факторов (I42.7), кодируют подрубрикой I42.6.

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака (F17) не используют, если известно конечное состояние.

Рубрики F11-F19 чаще используют только в качестве прочих важных состояний, способствовавших смерти, и указываются в части 2 свидетельства.

Пример 5.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>пароксизм фибрилляции предсердий</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	I	4	8	.	0
в) <u>Алкогольная кардиомиопатия</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	4	2	:	6
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Алкогольный гепатит Хронический алкоголизм	4 года 5 лет	K70.1 F10.2				

5.3. Психические расстройства и расстройства поведения (F20-F99)

Состояния, классифицированные в рубриках F20-F99, используются в качестве основного состояния в статистике заболеваемости, не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти, но могут использоваться в качестве прочих причин, способствовавших смерти.

При летальных исходах, как правило, первоначальной причиной смерти выбираются состояния из других классов МКБ-10.

5.3.1. Умственная отсталость (F70–F79)

Необходимо принять следующие состояния как очевидную причину умственной отсталости:

- Перинатальные состояния, классифицированные в рубриках P00–P04 Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения
- Замедленный рост и недостаточность питания плода (P05)
- Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, НКДР (P07)
- Разрыв внутримозговых тканей и кровоизлияние при родовой травме (P10)
- Отек мозга при родовой травме (P11.0)
- Другие уточненные поражения мозга при родовой травме (P11.1)

- Повреждение мозга при родовой травме неуточненное (P11.2)
- Повреждение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное (P11.9)
- Родовая травма неуточненная (P15.9)
- Внутритрубная гипоксия (P20)
- Асфиксия при рождении (P21)
- Врожденные вирусные болезни (P35)
- Другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни (P37)
- Внутрочерепное нетравматическое кровоизлияние у плода и новорожденного (P52)
- Ядерная желтуха (P57)
- Судороги новорожденного (P90)
- Другие нарушения церебрального статуса у новорожденного (P91).

Умственная отсталость (F70–F79) не используется в качестве первоначальной причины смерти, если известно первоначальное физическое состояние.

Специфические расстройства развития речи и языка (F80) и специфические расстройства развития учебных навыков (F81) ее используют в качестве первоначальной причины смерти.

Глава 6. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса VI «Болезни нервной системы» (G00-G99)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96);
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99);
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-099);
- врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90);
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98);
- новообразования (C00-D48);
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают вышеперечисленным классам, а не болезням нервной системы. При выборе первоначальной причины смерти руководствуются правилами МКБ-10.

Класс содержит следующие блоки:

G00-G09 Воспалительные болезни центральной нервной системы

G10-G13 Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему

G20-G26 Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения

G30-G32 Другие дегенеративные болезни центральной нервной системы

G35-G37 Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы

G40-G47 Эпизодические и пароксизмальные расстройства

G50-G59 Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений

G60-G64 Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы

G70-G73 Болезни нервно-мышечного синапса и мышц

G80-G83 Церебральный паралич и другие паралитические синдромы

G90-G99 Другие нарушения нервной системы

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается их применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- G01* Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках
- G02* Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- G05* Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G07* Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G13* Системные атрофии, преимущественно поражающие центральную нервную систему при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G22* Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G26* Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G32* Другие дегенеративные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G46* Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях
- G53* Поражения черепных нервов при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G55* Сдавления нервных корешков и сплетений при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G59* Мононевропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G63* Полиневропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G73* Поражения нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G94* Другие поражения головного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках
- G99* Другие поражения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках

Болезни нервной системы занимают около 2% в структуре первичной заболеваемости и примерно около 1% в структуре смертности.

В статистике заболеваемости идет недоучет болезней нервной системы, а в статистике смертности низкий удельный вес числа умерших от болезней нервной системы связан с неправильным выбором первоначальной причины смерти.

6.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболевания нервной системы устанавливают в конце эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных инструментальных и лабораторных исследований.

Регистрируют заболевание нервной системы, выбранное в соответствии с правилом МКБ-10 в качестве «основного» состояния, как впервые выявленное со знаком (+), а в дальнейшем перерегистрируют в установленном порядке 1 раз в году со знаком (–).

В качестве «основного состояния» выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

6.2. Статистика смертности

При заполнении п. 22 свидетельства следует придерживаться следующих правил:

- на каждой строке части 1 свидетельства записывают только одно состояние;
- заполнение строк части 1 производится сверху вниз;
- должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни;
- в части 2 должны быть указаны прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

При выборе первоначальной причины смерти необходимо учитывать наличие различных хронических заболеваний, которыми страдал пациент. Многие нервные заболевания имеют хроническое течение, продолжаются в течение всей жизни пациента, а в случае смерти нередко должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти.

В соответствии с правилами МКБ-10 при сочетании некоторых нервных заболеваний, как, например, болезнь Гентингтона, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз с некоторыми острыми и терминальными болезнями системы кровообращения (инфаркты миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения и др.) в качестве первоначальной причины смерти выбирают эти заболевания нервной системы.

Во всех случаях необходимо уточнять правильность выбора первоначальной причины смерти с помощью таблиц принятия решений (АСМЕ).

Примеры оформления п. 22 свидетельств:

Пример 6.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	G	9	3	.	6
б) <u>судороги</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	R	5	6	.	8
в) <u>Спастический церебральный паралич</u> первоначальная причина смерти указывается последней	26 лет	G	8	0	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Долевая пневмония Хронический бронхит	2 нед. 5 лет	J18.1 J42.X				

Пример 6.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>шок кардиогенный</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час.	R	5	7	.	0
б) <u>инфаркт миокарда острый передний</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 сут.	I	2	1	.	0
в) <u>Поздняя болезнь Альцгеймера</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 лет	G	3	0	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Постинфарктный кардиосклероз	2 года 15 лет	I10.X I25.8				

Пример 6.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>уремия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	N	1	9	.	X	
б) <u>хронический пиелонефрит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2,5 года	N	1	1	.	9	
в) <u>Болезнь Паркинсона</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	G	2	0	:	X	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Хронический бронхит	4 года 8 лет	I10.X J42.X					

Глава 7. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания при состояниях из класса VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (H00-H59)

Из класса VII исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается их применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- H03* Поражения века при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H06* Поражения слезного аппарата и глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H13* Поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H19* Поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H22* Поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H28* Катаракта и другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H32* Хориоретинальные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H36* Поражения сетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H42* Глаукома при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H45* Поражения стекловидного тела и глазного яблока при болезнях, классифицированных в других рубриках

- Н48* Поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках
- Н58* Другие поражения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках

Вышеуказанные рубрики используются только для дополнительных статистических разработок. Для обеспечения правильного кодирования используют рубрики со знаком (+), которые указаны в скобках после названий нозологических единиц, входящих в рубрики со знаком (*).

Обновлениями ВОЗ внесены изменения в рубрику Н54 «Ухудшение зрения, включая слепоту (бинокулярного или монокулярного)»:

Н54 Ухудшение зрения, включая слепоту (бинокулярного или монокулярного)

Примечание: Для определения категорий ухудшения зрения см. таблицу ниже

Исключена: преходящая слепота (G45.3)

Н54.0 Слепота бинокулярная

Ухудшение зрения категорий 3, 4, 5 обоих глаз

Н54.1 Тяжелое ухудшение зрения, бинокулярное

Ухудшение зрения категории 2

Н54.2 Ухудшение зрения средней тяжести, бинокулярное

Ухудшение зрения категории 1

Н54.3 Незначительное ухудшение зрения или без ухудшения, бинокулярное

Ухудшение зрения категории 0

Н54.4 Слепота монокулярная

Ухудшение зрения категорий 3,4,5 одного глаза и категорий 0, 1, 2 или 9 другого глаза

Н54.5 Тяжелое ухудшение зрения, монокулярное

Ухудшение зрения категории 2 одного глаза и категорий 0, 1 или 9 другого глаза

Н54.6 Ухудшение зрения средней тяжести, монокулярное

Ухудшение зрения категории 1 одного глаза и категорий 0 или 9 другого глаза

Н54.9 Ухудшение зрения неуточненное (бинокулярное)

Ухудшение зрения категории 9

Примечание:

В нижеследующей таблице приведена классификация степени ухудшения зрения, рекомендованная резолюцией Международного совета по офтальмологии (2002) и рекомендациями ВОЗ «Консультации по разработке стандартов для характеристики потери зрения и зрительной функции» (сентябрь 2003).

Для характеристики ухудшения зрения (коды H54.0-H54.3) острота зрения должна быть определена с обоими открытыми глазами с полной коррекцией, если она требуется.

Для характеристики ухудшения зрения (коды H54.4-H54.6) острота зрения должна быть определена монокулярно с полной коррекцией, если она требуется.

Если учитывать также границы поля зрения, то пациенты с полем зрения лучшего глаза не больше 10 градусов вокруг центральной зрительной оси, должны быть отнесены к категории 3. Для монокулярной потери зрения (H54.4), эта степень потерянного поля зрения должна применяться к пораженному глазу.

Категория	Предлагаемое расстояние для остроты зрения	
	Хуже чем	Равное или лучше чем
0 Легкое ухудшение зрения или без ухудшения		6/18 3/10 (0,3) 20/70
1 Ухудшение зрения средней тяжести	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
2 Тяжелое ухудшение зрения	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,5) 20/400
3 Слепота	3/60 1/20 (0,5) 20/400	1/60* 1/50 (0,02) 5/300(20/1200)
4 Слепота	1/60* 1/50 (0,02) 5/300(20/1200)	светоощущение
5 Слепота	отсутствие светоощущения	
9	неопределенное или неуточненное	
	* или счет пальцев (CF) на расстоянии 1 м	

7.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболевания глаза и его придаточного аппарата для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и, если необходимо, данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи заболевания, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи. Для кодирования используются рубрики VII класса.

Если заболевание глаза является осложнением другого заболевания, то в качестве диагноза основного заболевания указывают это заболевание, а заболевание глаза, как его осложнение.

Например, сахарный диабет 2 типа с ретинопатией, код E11.3.

При осмотре и обследовании глаз и зрения используют рубрику Z01.0.

При подозрении на заболевание глаза и его придаточного аппарата руководствуются рубрикой Z03.

Специальное скрининговое обследование с целью выявления болезней глаза включено в рубрику Z13.5.

Примерка и подгонка искусственного глаза – рубрика Z44.2.

Примерка и подгонка очков и контактных линз – Z46.0.

Выдача повторного рецепта на очки – Z76.0.

Информация о заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата отражается в Форме № 12.

7.2. Статистика смертности

Заболевания глаза и его придаточного аппарата, чаще всего, имеют благоприятный исход, однако, например, гнойный эндофтальмит может осложниться менингитом с сепсисом и привести к летальному исходу.

Глава 8. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка» (H60-H95)

Из класса VIII исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается их применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- H62* Поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H67* Средний отит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H75* Другие поражения среднего уха и сосцевидного отростка при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H82* Вестибулярные синдромы при болезнях, классифицированных в других рубриках
- H94* Другие поражения уха при болезнях, классифицированных в других рубриках

7.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболеваний уха и сосцевидного отростка для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и, если необходимо, данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи заболевания, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи. Для кодирования используются рубрики VIII класса.

При осмотре и обследовании ушей и слуха используют рубрику Z01.1.

При подозрении на заболевание уха и сосцевидного отростка руководствуются рубрикой Z03.

Специальное скрининговое обследование с целью выявления болезней уха включено в рубрику Z13.5.

Установка и регулировка имплантированного слухового устройства – рубрика Z45.3.

Примерка и подгонка слухового аппарата – Z46.1.

Информация о заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка отражается в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

7.2. Статистика смертности

Из заболеваний уха, имеющих возможный летальный исход, следует отметить рубрику H66 «Гнойный средний отит», осложненный менингитом. При этом в качестве первоначальной причины смерти, в соответствии с правилами МКБ-10, выбирают гнойный средний отит, а менингит указывают как промежуточную причину смерти.

Глава 9. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса IX «Болезни системы кровообращения» (I00-I99)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)
- системные поражения соединительной ткани (M30-M36)
- транзиторные церебральные ишемические приступы и родственные синдромы (G45.-)

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают вышеперечисленным классам, а не болезням системы кровообращения. При выборе первоначальной причины смерти руководствуются правилами МКБ-10.

Класс содержит следующие блоки:

I00-I02 Острая ревматическая лихорадка

I05-I09 Хронические ревматические болезни сердца

I10-I15 Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

I20-I25 Ишемические болезни сердца

I26-I28 Лёгочное сердце и нарушения лёгочного кровообращения

I30-I52 Другие болезни сердца

I60-I69 Цереброваскулярные болезни

I70-I79 Болезни артерий, артериол и капилляров

I80-I89 Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках

I95-I99 Другие и неуточнённые болезни системы кровообращения

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается их применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- I32* Перикардит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I39* Эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I41* Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I43* Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I52* Другие поражения сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I68* Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I79* Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках
- I98* Другие нарушения системы кровообращения при болезнях, классифицированных в других рубриках

9.1. «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02)

«Острая ревматическая лихорадка» – острое заболевание, продолжительностью до 3-х месяцев.

Исходы: выздоровление, переход в другое заболевание – хроническую ревматическую болезнь сердца, летальный исход.

Блок включает 3 рубрики:

- I00 Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца
- I01 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца
- I02 Ревматическая хорея

9.1.1. Статистика заболеваемости

Диагноз «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02) используется вместо устаревшего термина «ревматизм» и выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Повторная ревматическая лихорадка рассматривается как новый эпизод острой ревматической лихорадки и регистрируется со знаком (+).

Исходом ревматической лихорадки может быть выздоровление, переход в хроническую форму – хроническую ревматическую болезнь сердца с поражением клапанов сердца или без него, и летальный исход.

Диспансерному учету «Острая ревматическая лихорадка» подлежит в течение 3-х месяцев. В случае выздоровления, если с точки зрения врача, необходимо дальнейшее наблюдение, то следует использовать коды класса XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (Z54 «Состояние выздоровления»; Z86.7 «В личном анамнезе болезни системы кровообращения»; Z91 «В личном анамнезе наличие факторов риска»).

Если исходом «Острой ревматической лихорадки» явилась хроническая ревматическая болезнь сердца, то регистрация хронической ревматической болезни сердца производится как впервые выявленное заболевание со знаком (+), а в дальнейшем ежегодно со знаком (–).

9.1.2. Статистика смертности

Принципы кодирования и выбора первоначальной причины смерти

1. Острая ревматическая лихорадка должна приниматься как следствие скарлатины (A38), стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9), стрептококкового фарингита (J02.0) и стрептококкового тонзиллита (J03.0). Другие состояния не могут приниматься как причина острой ревматической лихорадки.

2. Если нет указаний, что ревматический процесс был активен во время смерти, его следует считать активным, если заболевание сердца (кроме терминальных состояний и бактериального эндокардита), которое уточнено как ревматическое, или указано, как следствие ревматической лихорадки, характеризуется как острое или подострое. В отсутствие такого пояснения, термины «кардит», «эндокардит», «болезнь сердца», «миокардит» и «панкардит» могут рассматриваться как острые, если промежуток времени между началом болезни и смертью менее одного года или, если промежуток не указан и возраст умершего менее 15 лет. «Перикардит» может быть расценен как острый в любом возрасте.

3. При сочетании острой ревматической лихорадки (I00-I02) с другой хореей (G25.5) первоначальной причиной смерти выбирают острую ревматическую лихорадку (I00-I02).

9.1.2.1. Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца (I00)

Пример 9.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>аддисонов криз</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	E	2	7	.	2
б) <u>шок септический</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	12 час.	R	5	7	.	2
в) <u>Острая ревматическая лихорадка с полиартритом</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 мес.	I	0	0	.	X
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Хронический пиелонефрит	4 года 5 лет	I10.X N11.9				

9.1.2.2. Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца (I01)

9.1.2.2.1. Острый ревматический перикардит (I01.0)

Пример 9.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>фибрилляция желудочков</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	4	9	.	0
б) <u>левосторонняя нижнедолевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	J	1	8	.	1
в) <u>Острый ревматический перикардит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 мес.	I	0	1	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пансинусит	2 года	J32.4				

9.1.2.2.2. Острый ревматический эндокардит (I01.1)

Пример 9.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	I	4	8	.	0
в) <u>Острый ревматический эндокардит митрального клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 мес.	I	0	1	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хроническая язва желудка с кровотечением	3 нед.	K25.4				

9.1.2.2.3. Острый ревматический миокардит (I01.2)

Пример 9.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 час.	R	5	7	.	0
б) <u>острый инфаркт миокарда задней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	I	2	1	.	2
в) <u>Острый ревматический миокардит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 мес.	I	0	1	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет 2 типа с ретинопатией Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	5 лет 8 лет	E11.3 I11.0				

9.1.2.2.4. Другие острые ревматические болезни сердца (I01.8)

Пример 9.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция желудочков</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	15 мин.	I	4	9	.	0
в) <u>Острый ревматический панкардит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 мес.	I	0	1	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с полиневропатией	3 года	E11.4				

9.1.2.3. Ревматическая хорея (I02)

9.1.2.3.1. Ревматическая хорея с вовлечением сердца (I02.0)

Пример 9.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>судороги апоплектические</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	40 мин.	I	6	7	.	8
б) <u>внутримозговое кровоизлияние в ствол</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	I	6	1	.	3
в) <u>Острый ревматический эндокардит аортального клапана с хореей</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 мес.	I	0	2	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пиелонефрит Артериальная гипертензия	5 лет 7 лет	N11.9 I10.X				

9.2. «Хронические ревматические болезни сердца» (I05-I09).

Вместо устаревшего термина «неактивный ревматизм» используется термин «хронические ревматические болезни сердца». Это понятие является сборным и включает конкретные нозологические единицы, которые и должны кодироваться четырехзначными подрубриками в учетных статистических документах.

В МКБ-10 отсутствует термин «приобретенный порок сердца», вместо него используется термин «поражение», или «болезнь» клапана(ов) сердца.

Хронические ревматические болезни сердца с поражением клапанов сердца или без него могут быть исходом перенесенной острой ревматической лихорадки.

9.2.1. Статистика заболеваемости

Диагноз хронической ревматической болезни сердца должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (инструментальных, лабораторных).

Регистрация хронической ревматической болезни сердца производится как впервые выявленное заболевание со знаком (+), а начиная со второго года, ежегодно при первом обращении со знаком (–).

Кодирование производится в зависимости от поражения того или иного клапана(ов).

9.2.2. Статистика смертности

При заполнении п. 22 свидетельства следует придерживаться следующих правил:

- на каждой строке части 1 свидетельства записывают только одно состояние;
- заполнение строк части 1 производится сверху вниз;
- должна быть указана логическая последовательность патогенеза;
- в части 2 должны быть указаны прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

Наиболее частыми осложнениями хронических ревматических болезней сердца, непосредственно приводящими к смерти, являются:

- осложнения сосудистого генеза с развитием инфаркта миокарда; эмболий: сосудов головного мозга, легочной артерии, мезентериальных сосудов; нарушением ритма, в основном, у пациентов старших возрастов;
- инфекционные осложнения, чаще всего в виде инфекционного эндокардита;
- осложнения со стороны органов пищеварения, чаще в виде желудочно-кишечных кровотечений;

- прочие осложнения

«Хронические ревматические болезни сердца» (I05-I09) включают рубрики:

- I05 Ревматические болезни митрального клапана
- I06 Ревматические болезни аортального клапана
- I07 Ревматические болезни трехстворчатого клапана
- I08 Поражения нескольких клапанов
- I09 Другие ревматические болезни сердца

Принципы кодирования и выбора первоначальной причины смерти

1. Цереброваскулярные эмболии, тромбозы, неуточненные инсульты (I63, I64, I69,3 и I69.4) должны рассматриваться как следствие эндокардита (I05-I08, I09.1).

2. Любое состояние, описанное или уточненное как «эмболическое» может рассматриваться в логической цепочке как прямое следствие клапанной болезни сердца.

3. При указании других хронических ревматических болезней сердца (I09) и поражения клапанов (I05-I08), в качестве первоначальной причины смерти следует выбирать поражение клапанов (I05-I08).

4. Хронические ревматические болезни сердца должны быть приняты как следствие:

- скарлатины (A38);
- стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9);
- стрептококкового фарингита (J02.0);
- стрептококкового тонзиллита (J03.0)

5. При сочетании хронической ревматической болезни сердца (I05-I09) с другой хореей (G25.5) первоначальной причиной смерти выбирают острую ревматическую лихорадку (I02).

6. Если ревматическая болезнь сердца неуточненная (I09.9) сочетается с хроническими ревматическими болезнями сердца (I05–I08), в качестве первоначальной причины смерти используют рубрики I05–I08.

9.2.3. Ревматические болезни митрального клапана (I05)

9.2.3.1. Митральный стеноз (I05.0)

Пример 9.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>варикозное расширение вен пищевода с кровотечением</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	40 мин.	I	8	5	.	0
б) <u>кардиальный цирроз печени</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	K	7	6	.	1
в) <u>Ревматический митральный стеноз</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 мес.	I	0	5	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца и почек с сердечной и почечной недостаточностью	5 лет	I13.2				

9.2.3.2. Ревматическая недостаточность митрального клапана (I05.1)

Пример 9.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматическая недостаточность митрального клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 год	I	0	5	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с нарушениями периферического кровообращения	6 лет	E11.5				

9.2.3.3. Митральный стеноз с недостаточностью (I05.2)

Пример 9.9.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сепсис, вызванный неуточненным стафилококком</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	A	4	1	.	2
б) <u>правосторонняя нижнедолевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	J	1	8	.	1
в) <u>Ревматический стеноз с недостаточностью митрального клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	0	5	.	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Бронхиальная астма аллергическая Операция: митральная комиссуротомия, дата	4 года	J45.0				

9.2.4. Ревматические болезни аортального клапана (I06):

9.2.4.1. Ревматический аортальный стеноз (I06.0)

Пример 9.10.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	R	5	7	.	0
б) <u>острый инфаркт миокарда задней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 сут.	I	2	1	.	2
в) <u>Ревматический аортальный стеноз</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3,5 мес.	I	0	6	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хроническая язва желудка с кровотечением	5 лет	K25.4				

9.2.4.2. Ревматическая недостаточность аортального клапана (I06.1)

Пример 9.11.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматическая аортальная недостаточность</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	0	6	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с поражением почек	8 лет	E11.2				

9.2.4.3. Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью (I06.2)

Пример 9.12.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>полная атриовентрикулярная блокада</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	4	4	.	2
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 сут.	I	2	1	.	0
в) <u>Ревматический аортальный стеноз с недостаточностью</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	0	6	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	7 лет	J44.8				

9.2.5. Ревматические болезни трехстворчатого клапана (I07):

9.2.5.1. Стеноз трехстворчатого клапана (I07.0)

Пример 9.13.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>диссеминированное внутрисосудистое свертывание</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	D	6	5	.	X
б) <u>кардиальный цирроз печени</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 мес.	K	7	6	.	1
в) <u>Ревматический стеноз трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	0	7	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хроническая язва желудка с кровотечением	5 лет	K25.4				

9.2.5.2. Недостаточность трехстворчатого клапана (I07.1)

Пример 9.14.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоз мезентериальных сосудов</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	K	5	5	.	0
б) <u>фибриляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 сут.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматическая недостаточность трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	0	7	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гиперплазия предстательной железы	2 года	N40.X				

9.2.5.3. Стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана (I07.2)

Пример 9.15.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 сут.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматический стеноз и недостаточность трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	I	0	7	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Бронхиальная астма аллергическая	5 лет	J45.0				

9.2.5.4. Другие болезни трехстворчатого клапана (I07.8)

Пример 9.16.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сепсис, вызванный неуточненным стафилококком</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	A	4	1	.	2
б) <u>вторичный бактериальный эндокардит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	I	3	3	.	0
в) <u>Ревматический эндокардит трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	0	7	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с кетоацидозом Хронический калькулезный холецистит	5 лет 8 лет	E11.1 K80.1				

9.2.6. Поражения нескольких клапанов (I08)

9.2.6.1. Комбинированное поражение митрального и аортального клапанов (I08.0)

Пример 9.17.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматический эндокардит с поражением аортального клапана и болезнью митрального клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	I	0	8	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклероз сосудов нижних конечностей с гангреной	6 лет	I70.2				

9.2.6.2. Комбинированное поражение митрального и трехстворчатого клапанов (I08.1)

Пример 9.18.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	I	6	3	.	4
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	I	4	8	.	0
в) <u>Ревматический эндокардит митрального клапана и болезнь трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	I	0	8	.	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертоническая болезнь сердца с сердечной недостаточностью	8 лет	I11.0				

9.2.6.3. Комбинированное поражение аортального и трехстворчатого клапанов (I08.2)

Пример 9.19.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>тромбоз мезентериальных сосудов</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	4 час.	К	5	5	.	0	
б) <u>фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 сут.	I	4	8	.	0	
в) <u>Ревматический эндокардит аортального клапана с болезнью трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2,5 года	I	0	8	.	2	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Острый гнойный средний отит	1 мес.	N66.0					

9.2.6.4. Комбинированное поражение митрального, аортального и трехстворчатого клапанов (I08.3)

Пример 9.20.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>острый гнойный перитонит</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	К	6	5	.	0	
б) <u>тромбоз мезентериальных сосудов</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	К	5	5	.	0	
в) <u>Ревматический эндокардит митрального и аортального клапанов с болезнью трехстворчатого клапана</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	I	0	8	.	3	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пиелонефрит	5 лет	N11.9					

9.2.6.5. Другие множественные болезни клапанов (I08.8)

Пример 9.21.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	G	9	3	.	6
б) <u>инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 сут.	I	6	3	.	4
в) <u>Ревматический эндокардит клапана легочной артерии с болезнью митрального, аортального и трехстворчатого клапанов</u> первоначальная причина смерти указывается последней	6 лет	I	0	8	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический активный гепатит Хронический калькулезный холецистит	2 года 5 лет	K73.2 K80.1				

9.2.7. Другие ревматические болезни сердца (I09)

9.2.7.1. Ревматический миокардит (I09.0)

Пример 9.22.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острый гнойный перитонит</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	14 час.	K	6	5	.	0
б) <u>тромбоз мезентериальных сосудов</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	5	5	.	0
в) <u>Хронический ревматический миокардит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	0	9	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертоническая болезнь сердца с сердечной недостаточностью	7 лет	I11.0				

9.2.7.2. Хронический ревматический перикардит (I09.2)

Пример 9.23.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) сепсис, вызванный неуточненным стафилококком болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	A	4	1	.	2
б) правосторонняя нижнедолевая пневмония патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	J	1	8	.	1
в) Хронический ревматический миоперикардит первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	I	0	9	.	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пиелонефрит	6 лет	N11.9				

9.3. «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» (I10-I15)

Рубрика I10 – эссенциальная (первичная) гипертензия, синоним: гипертоническая болезнь (без указания поражения органов мишеней). В структуре болезней, характеризующихся повышенным кровным давлением, составляет около 10-15%.

Рубрики I11-I13 – гипертензивная (гипертоническая) болезнь: с поражением сердца (I11), почек (I12), сердца и почек (I13).

Рубрика I15 – вторичная гипертензия.

9.3.1. Статистика заболеваемости

Рубрики (I10-I13) – регистрируются как заболевания с впервые в жизни установленным диагнозом со знаком (+), а в последующем – ежегодно со знаком (–).

Для обеспечения правильного кодирования, формулировки болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, должны соответствовать кодам. Запись любых других кодов, кроме I10, к формулировке «артериальная гипертензия» является ошибкой кодирования.

Рубрика I15 «Вторичная гипертензия» – не является самостоятельным заболеванием, не выбирается в качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе, а указывается в качестве осложнения.

9.3.2. Статистика смертности

При сочетании болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (I10-I13), с ишемическими болезнями сердца в качестве первоначальной причины смерти выбирают ишемические болезни сердца.

При отсутствии ишемических болезней сердца, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I11-I13) могут выбираться в качестве первоначальной причины смерти, при указании механизма наступления смерти, например:

Гипертензивная болезнь сердца	→	внутричерепное кровоизлияние	→	отек мозга
Гипертензивная болезнь сердца	→	инфаркт мозга	→	отек мозга

Пример 9.24.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин	G	9	3	.	6
б) <u>внутричерепное кровоизлияние</u> <u>внутрижелудочковое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 дня	I	6	1	.	5
в) <u>Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	I	1	1	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	10 лет	J44.8				

При сочетании болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (I10-I13) с атеросклерозом (I70.—), выбирают рубрики I10-I13.

Вторичная гипертензия (I15) в качестве первоначальной причины смерти не выбирается.

Пример 9.25.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	G	9	3	.	6
б) <u>внутри мозговое кровоизлияние субкортикальное</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	I	6	1	.	0
в) <u>Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	1	1	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический холецистит	6 лет	K81.1				

9.4. «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).

Ишемические болезни сердца (I20-I25) подразделяются на острые (I20-I24) и хронические (I25) формы.

Острый и повторный инфаркты миокарда (I21-I22) – острые формы ишемических болезней сердца, которые регистрируются в течение 28 дней от начала заболевания, или в конце эпизода оказания медицинской помощи независимо от его продолжительности всегда как острые впервые выявленные заболевания.

Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда (I23) – в статистике в качестве самостоятельного заболевания не используются.

Острая коронарная недостаточность (I24.8) – другая острая форма ишемических болезней сердца.

Хроническая ишемическая болезнь сердца (I25) – рубрика, в которую включены хронические формы ишемических болезней сердца.

Атеросклеротический кардиосклероз кодируют подрубрикой I25.1

Постинфарктный кардиосклероз – подрубрикой I25.8.

9.4.1. Статистика заболеваемости

«Стенокардия» (I20) – регистрируется как самостоятельное заболевание с впервые в жизни установленным диагнозом со знаком (+), а в последующем – ежегодно со знаком (–).

Если стенокардия выставлена в качестве проявления атеросклеротической болезни сердца («атеросклеротическая болезнь сердца с приступами стенокардии»), то стенокардия как самостоятельное заболевание не регистрируется.

«Острый инфаркт миокарда» (I21) – в соответствии с МКБ-10 регистрируется до 28 дней со дня заболевания или в пределах эпизода оказания медицинской помощи, независимо от продолжительности госпитализации.

Диагноз **«Повторный инфаркт миокарда» (I22)** предназначен для инфаркта миокарда любой локализации, происшедшего в течение 4-х недель (28 дней) от начала предыдущего инфаркта миокарда. К повторному инфаркту миокарда относят: распространенный, рецидивирующий инфаркт миокарда и реинфаркт.

Выбор в качестве «основного» состояния острого или повторного инфаркта миокарда производится в соответствии с правилами МКБ-10 (выбирается наиболее тяжелое заболевание, на которое была потрачена большая часть использованных ресурсов).

Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 28 дня со дня начала заболевания, то регистрируют хроническую форму – постинфарктный кардиосклероз (I25.8). Если, в пределах 28 дней закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется постинфарктный кардиосклероз (код I25.8).

9.4.2. Статистика смертности

«Стенокардия» (I20) – не выбирается в качестве первоначальной причины смерти.

«Острый инфаркт миокарда» (I21).

Обновлениями ВОЗ 2016 года²⁵ определены следующие правила выбора инфарктов миокарда в качестве первоначальной причины смерти:

Принимаемые последовательности (раздел 4.2.3), в соответствии с которыми острый и повторный инфаркт миокарда (I21 и I22) должны быть приняты как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета и бронхиальной астмы, т.е. первоначальной причиной смерти выбирают злокачественное новообразование, сахарный диабет или бронхиальную астму.

В соответствии со специальными инструкциями по взаимосвязям (раздел 4.2.5), при сочетании гипертензивных болезней (I10-I13) с инфарктами миокарда (I21-I22), в качестве первоначальной причины смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

²⁵ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

При сочетании стенокардии (I20), других острых ишемических болезней сердца (I24), хронической ишемической болезни сердца (I25) с инфарктами миокарда (I21-I22) в качестве первоначальной причины смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При сочетании острого и повторного инфаркта миокарда первоначальной причиной смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При наличии текущих осложнений острого инфаркта миокарда (I23) первоначальной причиной смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При сочетании инфарктов миокарда (I21-I22) с другими тяжелыми заболеваниями, как, например, ревматоидные артриты (M05-M06), системные поражения соединительной ткани (M30-M35), болезнь Паркинсона (G20), болезнь Альцгеймера (G30), рассеянный склероз (G35) и др. необходимо обращаться к таблицам принятия решений (АСМЕ).

В остальных случаях первоначальной причиной смерти следует выбирать острый инфаркт миокарда (код I21) в промежуток времени до 28 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если эпизод закончился позже 28 дней).

Возможные последовательности патогенеза умирания от инфаркта миокарда:

инфаркт миокарда	→	разрыв сердца с гемоперикардом	→	остановка сердца
инфаркт миокарда	→	нарушение ритма сердца	→	кардиогенный шок
инфаркт миокарда	→	пневмония	→	сепсис
инфаркт миокарда	→	недостаточность митрального клапана	→	кардиогенный шок

«Повторный инфаркт миокарда» (I22) в статистике смертности не используется. При сочетании острого и повторного инфаркта миокарда в статистике смертности всегда выбирается острый инфаркт миокарда.

«Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда» (I23) и «Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда» (I24.0) в качестве первоначальной причины смерти не используются, вместо них необходимо выбирать острый инфаркт миокарда, код I21 (МКБ-10, 1995, т. 2, стр. 61).

«Другие формы острой ишемической болезни сердца» (I24.8) – рубрика включает различные формы острой ишемической болезни сердца: коронарную недостаточность – острую и подострую, гипоксию миокарда, субэндокардиальную ишемию, микроинфаркт и может применяться в качестве причины смерти, в том числе первоначальной.

Пример 9.26.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	R	5	7	.	0	
б) <u>фибрилляция желудочков</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	I	4	9	.	0	
в) <u>Острый инфаркт миокарда задней стенки</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 суток	I	2	1	:	2	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью	5 лет 12 лет	I 25.8 I 11.0					

Пример 9.27.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	45 мин.	R	5	7	.	0	
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 час.	I	2	1	.	0	
в) <u>Рак нижней доли правого легкого</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 года	C	3	4	:	3	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II типа с почечными осложнениями	7 лет	E11.2					

Термин «острая коронарная смерть», рекомендуемый некоторыми специалистами, в МКБ-10 отсутствует, и использовать его в качестве диагноза неправомерно. Для термина «Смерть» в МКБ-10 существуют специальные отдельные рубрики.

«Хроническая ишемическая болезнь сердца» (I25) – рубрика, включающая хронические формы ишемических болезней.

Статистика заболеваемости

«Атеросклеротический кардиосклероз» (синонимы: атеросклероз сердца, атеросклеротическая кардиопатия или кардиомиопатия, коронарный атеросклероз, коронарный атероматоз, атерома миокарда, кардиосклероз, атероматозная дегенерация сердца, коронарная болезнь, склероз, сужение или закупорка коронарной артерии) (I25.1) – регистрируется как самостоятельное заболевание с впервые в жизни установленным диагнозом со знаком (+), а в последующем – ежегодно со знаком (–).

«Инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом» (I25.2) – старый инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом, диагностированный по ЭКГ, бессимптомный, не является поводом для обращения за медицинской помощью и может быть выставлен только при профилактическом осмотре.

«Постинфарктный кардиосклероз» (I25.8) – любое состояние, обозначенное в рубриках I21-I22, продолжительностью более 4-х недель, или 28 дней от начала заболевания. Регистрируется как самостоятельное заболевание с впервые в жизни установленным диагнозом со знаком (+), а в последующем – ежегодно со знаком (–).

«Хроническая ишемическая болезнь сердца (неуточненная)» (I25.9) – неуточненная форма хронических ишемических болезней сердца. Формулировка должна быть уточнена.

Статистика смертности

«Атеросклеротический кардиосклероз» (I25.1) выбирается в качестве первоначальной причины смерти при условии указания логической последовательности, включающей смертельные осложнения.

«Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда» (I25.2) в статистике смертности не используется, данное состояние обозначает инфаркт миокарда, бессимптомный, перенесенный в прошлом и диагностированный по ЭКГ, в текущий период также бессимптомный. При наличии в первичной медицинской документации записи о перенесенном в прошлом инфаркте миокарда как единичном состоянии и отсутствии диагнозов других заболеваний, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз (код I25.8).

В статистике смертности подрубрика I25.2 должна быть заменена на подрубрику I25.8.

«Другие формы хронической ишемической болезни сердца» (I25.8) включает любое состояние, указанное в рубриках «острый и повторный

инфаркты миокарда» (I21-I22), обозначенное как хроническое или установленной продолжительностью более 4-х недель (или более 28 дней) от начала заболевания (постинфарктный кардиосклероз). Указание логической последовательности обязательно.

Кроме того, в указанную подрубрику входят следующие состояния: аневризма коронарной вены, артериит коронарной артерии, приобретенная деформация коронарной артерии, хроническая коронарная недостаточность, хронический субэндокардиальный некроз.

Пример 9.28.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>фибрилляция желудочков</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	15 мин.	I	4	9	.	0
в) <u>Постинфарктный кардиосклероз</u> первоначальная причина смерти указывается последней	7 лет	I	2	5	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	12 лет	I25.1				

Состояния из рубрики I25 могут быть выбраны в качестве первоначальной причины смерти только при указании логической последовательности, включающей смертельные осложнения. Не допускается указание в свидетельстве состояния из этой рубрики, как единственного, без причинной взаимосвязи.

9.5. «Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения» (I26-I28)

Легочная эмболия (I26) – не является самостоятельным заболеванием, чаще всего это осложнение других болезней, поэтому в статистике заболеваемости не регистрируется, а в статистике смертности не выбирается в качестве первоначальной причины смерти.

9.6. «Другие болезни сердца» (I30-I52)

Заболевания оболочек и клапанов сердца неревматического происхождения (I30, I31, I33-I38, I40) могут выбираться в качестве

«основного» состояния в статистике заболеваемости, а также в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности.

9.6.1. Кардиомиопатии (I42)

I42.0 Дилатационная кардиомиопатия

I42.1 Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

Гипертрофический субаортальный стеноз

I42.2 Другая гипертрофическая кардиомиопатия

Необструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

I42.3 Эндокардиальная (эозинофильная) болезнь

Эндокардиальный (тропический) фиброз

Эндокардит Леффлера

I42.4 Эндокардиальный фиброэластоз

Врожденная кардиомиопатия

I42.5 Другая рестриктивная кардиомиопатия

I42.6 Алкогольная кардиомиопатия

I42.7 Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств и других внешних факторов

I42.8 Другие кардиомиопатии

I42.9 Кардиомиопатия неуточненная

Кардиомиопатия (первичная) (вторичная) БДУ

Диагноз кардиомиопатии должен быть подтвержден врачом кардиологом и уточнена ее форма в соответствии с подрубриками МКБ-10. Не допускается использование термина «неуточненная кардиомиопатия» (I42.9) в статистике заболеваемости и смертности.

Статистика заболеваемости

Кардиомиопатия – самостоятельное заболевание, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости кардиомиопатией отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют свидетельство. Из рубрифицированного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под особые правила выбора первоначальной причины смерти.

При летальных исходах гипертрофическая кардиомиопатия может являться причиной возникновения нарушений сердечного ритма, недостаточности митрального клапана и кардиогенного шока.

При наличии сахарного диабета кардиомиопатию следует считать его следствием и правильно отражать в логической последовательности.

При сочетании кардиомиопатии (I42.6-7) с психическими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (F10.-), первоначальной причиной смерти выбирают I42.6.

9.6.2. Нарушения сердечного ритма (I44-I49)

Нарушения сердечного ритма и проводимости (I44-I49), как правило, не являются самостоятельными нозологическими единицами, и поэтому не регистрируются в статистике заболеваемости, за исключением случаев, когда они выставлены в качестве основного заболевания в конце эпизода оказания медицинской помощи, а также они не выбираются в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности.

С учетом обновлений ВОЗ рубрика I48 используется в следующей редакции:

I48 Фибрилляция и трепетание предсердий

I48.0 Фибрилляция предсердий пароксизмальная

I48.1 Фибрилляция предсердий постоянная

I48.2 Фибрилляция предсердий хроническая

I48.3 Трепетание предсердий типичное

Трепетание предсердий, тип 1

I48.4 Трепетание предсердий атипичное

Трепетание предсердий, тип 2

I48.9 Фибрилляция и трепетание предсердий неуточненные

При сочетании нарушений сердечного ритма (I44-I49) с ишемическими болезнями сердца (I20-I25) в качестве первоначальной причины смерти выбирают ишемические болезни сердца (I20-I25).

9.6.3. Сердечная недостаточность (I50)

Сердечная недостаточность (I50) – является осложнением различных заболеваний, поэтому не регистрируются в статистике заболеваемости как самостоятельная нозологическая единица.

Так как острая сердечная недостаточность является обязательным элементом механизма смерти, она не выбирается в качестве причины смерти для записи в свидетельстве (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 33).

При сочетании сердечной недостаточности (I50) и осложнений и неточно обозначенных болезней сердца (подрубрики I51.4-9) с ишемическими болезнями сердца (I20-I25), выбирают I20-I25.

При сочетании сердечной недостаточности (I50.-) с отеком легкого (J81) используют код I50.1.

9.7. «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69)

9.7.1. Острые формы цереброваскулярных болезней (I60-I66)

В МКБ-10 нет деления цереброваскулярных болезней на острые и хронические формы и не установлена их продолжительность.

Тем не менее, приказом Минздрава России от 5 июля 2016 г. № 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения» к острым формам отнесены:

I60 Субарахноидальное кровоизлияние

I61 Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I63 Инфаркт мозга

I64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт

Продолжительность этих форм (30 дней) установлена стандартами оказания медицинской помощи²⁶. Эти дополнения необходимы для обеспечения целей статистического учета и не противоречат МКБ-10.

Кроме того, к острым формам следует относить рубрики I65-I66 Закупорка и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (они регистрируются в статистике заболеваемости, а в случаях летального исхода, коды этих диагнозов заменяют кодом I63.-). Эти состояния являются промежуточными, так как предшествуют инфаркту мозга.

Повторные острые формы цереброваскулярных болезней, определяемые как основные состояния, диагностированные в течение эпизода оказания медицинской помощи (в амбулаторных или стационарных условиях, независимо от продолжительности госпитализации) всегда регистрируются как острые впервые выявленные заболевания со знаком (+).

Статистика заболеваемости

Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66) – регистрация острых форм цереброваскулярных болезней осуществляется, если эпизод начался не позднее 30 дня со дня заболевания.

²⁶ приказ Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)»

В пределах эпизода оказания медицинской помощи, регистрируют острые формы цереброваскулярных болезней, независимо от продолжительности эпизода или госпитализации.

Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 30 дня, то регистрируют другие формы цереброваскулярных болезней, классифицированные в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не последствия цереброваскулярной болезни (рубрика I69).

Острые формы цереброваскулярных болезней подлежат диспансерному наблюдению в течение всего эпизода оказания медицинской помощи. Если в течение одного года у одного и того же пациента было выявлено несколько острых форм в разных эпизодах, то все они регистрируются как острые формы.

В статистике заболеваемости не используют рубрику последствий (I69), а необходимо указывать конкретные состояния, которые явились следствием острых форм цереброваскулярных болезней, например, энцефалопатия, паралич и т.д. (МКБ-10, 1995, т. 2, стр.115-116). При этом минимальный промежуток времени между эпизодами оказания медицинской помощи не установлен.

Статистика смертности

В статистике смертности острых форм цереброваскулярных болезней используются только рубрики I60-I64. В случае смерти следует помнить, что не всегда первоначальной причиной смерти выбирают острые формы цереброваскулярных болезней:

- при сочетании цереброваскулярных болезней (I60-I66, I67.6-8, I69) со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а цереброваскулярные болезни – их осложнениями, данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 30 дней от начала возникновения заболевания или в пределах эпизода оказания медицинской помощи;

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I64) с другими тяжелыми заболеваниями (некоторыми болезнями нервной системы, ревматоидным артритом, системными заболеваниями соединительной ткани и др.) первоначальной причиной смерти считают эти заболевания;

- если диагноз установлен после 30 дней от возникновения заболевания, первоначальной причиной смерти следует считать хронические формы (I67) или последствия цереброваскулярной болезни (рубрика I69);

- коды I65 и I66 в качестве первоначальной причины смерти не применяются, необходимо использовать коды I63 (МКБ-10, 1995, т. 2, стр. 62);

- при сочетании цереброваскулярных болезней (I60-I69) с эссенциальной гипертензией (I10), приоритет при выборе первоначальной причины смерти отдается цереброваскулярным болезням;
- при сочетании цереброваскулярных болезней (I60-I69) с деменцией (F01-F03) первоначальной причиной смерти выбирают сосудистую деменцию (F01) при наличии смертельного осложнения;
- при сочетании церебрального атеросклероза (I67.2), последствий цереброваскулярных болезней (I69) или атеросклероза (I70) с острыми формами цереброваскулярных болезней (I60-I66) первоначальной причиной смерти выбирают I60-I64;
- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острые формы цереброваскулярных болезней (коды I60-I64) в промежуток времени до 30 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если он закончился позже).

Возможные последовательности патогенеза умирания:

разрыв аневризмы	→	обструктивная гидроцефалия	→	сдавление мозга
разрыв аневризмы	→	кровоизлияние	→	сдавление мозга
внутри мозговое кровоизлияние	→	отек мозга	→	сдавление мозга
кровоизлияние в ствол	→	сдавление мозга	→	паралич дыхательного центра
инфаркт мозга	→	пневмония	→	сепсис
внутри мозговое кровоизлияние	→	пневмония	→	сепсис

Пример 9.29.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) сдавление мозга болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	25 мин	G	9	3	.	5
б) отек мозга патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	G	9	3	.	6
в) Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии первоначальная причина смерти указывается последней	2 дня	I	6	0	:	1
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	1 год	I11.0				

Пример 9.30.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	4 час.	G	9	3	.	6
б) <u>внутримозговое кровоизлияние</u> <u>внутрижелудочковое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	I	6	1	.	5
в) <u>Разрыв ягодоподобной аневризмы головного мозга</u> первоначальная причина смерти указывается последней	8 час.	I	6	0	:	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью Атеросклеротический кардиосклероз	4 года 7 лет	I11.0 I25.1				

Пример 9.31.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сдавление мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	15 мин	G	9	3	.	5
б) <u>обструктивная гидроцефалия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	G	9	1	.	1
в) <u>Внутримозговое кровоизлияние</u> <u>внутрижелудочковое</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 дня	I	6	1	:	5
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	15 лет 1 год	I25.1 I10.X				

Пример 9.32.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) паралич дыхательного центра болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	15 мин	G	9	3	.	8
б) сдавление мозга патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	G	9	3	.	5
в) Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга первоначальная причина смерти указывается последней	8 час.	I	6	1	.	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	3 года	I10.X				

Пример 9.33.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) сдавление мозга болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин	G	9	3	.	5
б) отек мозга патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	40 мин.	G	9	1	.	6
в) Внутримозговое кровоизлияние множественное первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	I	6	1	.	6
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий Артериальная гипертензия	1 сут. 3 года	I63.4 I10.X				

Пример 9.34.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) сепсис, вызванный неуточненным стафилококком болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	A	4	1	.	2
б) бактериальный менингоэнцефалит патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	G	0	4	.	2
в) Внутримозговое кровоизлияние цереброменингеальное первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	I	6	1	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз	3 года 7 лет	I10.X I25.1				

Пример 9.35.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) отек мозга болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	G	9	3	.	6
б) внутримозговое кровоизлияние субкортикальное патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	I	6	1	.	0
в) Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	1	1	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический холецистит	6 лет	K81.1				

Пример 9.36.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>стрептококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	A	4	0	.	9
б) <u>гипостатическая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	J	1	8	.	2
в) <u>Инфаркт мозга, вызванный закупоркой мозговых артерий</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 дней	I	6	3	.	5
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Цирроз печени	7 лет 5 лет	I10.X K74.6				

Пример 9.37.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сдавление мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	25 мин	G	9	3	.	5
б) <u>внутричерепное кровоизлияние в полушарие кортикальное</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	I	6	1	.	1
в) <u>Гипертензивная энцефалопатия</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	6	7	.	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет 10 лет	I10.X I25.1				

Пример 9.38.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	I	6	3	.	3
б) <u>нефропатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N	2	8	.	9
в) <u>Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	.	7
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет 20 лет	J 44.8 I 25.1				

9.7.2. Хронические формы:

Другие цереброваскулярные болезни (I67)

К данной рубрике относятся различные формы хронических цереброваскулярных болезней:

- I67.0 Расслоение мозговых артерий без разрыва
- I67.1 Аневризма мозга без разрыва
- I67.2 Церебральный атеросклероз
- I67.3 Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия
- I67.4 Гипертензивная энцефалопатия
- I67.5 Болезнь Мойамойа
- I67.6 Негнойный тромбоз внутричерепной венозной системы
- I67.7 Церебральный ангиит, не классифицированный в других рубриках
- I67.8 Другие уточненные цереброваскулярные болезни
- I67.9 Цереброваскулярная болезнь неуточненная

Статистика заболеваемости

Диагноз вышеуказанных хронических форм цереброваскулярных заболеваний для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб,

анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи заболевания, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Пример формулировки нозологического компонента клинического диагноза хронической ишемии мозга:

Диагноз основного заболевания	Хроническая ишемия мозга	I67.8
Осложнения	синдром паркинсонизма отек мозга	
Фоновое заболевание	Артериальная гипертензия	I10.X
Сопутствующие заболевания	Постинфарктный кардиосклероз	I25.8

Другие формы цереброваскулярных болезней – это, как правило, хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости различными формами цереброваскулярных болезней отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в отчетной Форме № 12.

Статистика смертности

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют свидетельство. Из посмертного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под особые правила выбора первоначальной причины смерти.

Всегда должна быть указана логическая последовательность патогенеза наступления смерти.

Пример 9.39.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гипостатическая пневмония болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	J	1	8	.	2
б) подкорковая сосудистая деменция патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1,5 года	E	0	1	.	2
в) Хроническая ишемия мозга первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	I	6	7	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	7 лет	I25.1				

Пример 9.40.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) сепсис стафилококковый болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	A	4	1	.	2
б) гипостатическая пневмония патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 нед.	J	1	8	.	2
в) Хроническая ишемия мозга первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	I	6	7	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	7 лет	I25.1				

9.7.3. Последствия цереброваскулярной болезни (I69)

Рубрику I69 «Последствия цереброваскулярной болезни» следует использовать для обозначения состояний, указанных в рубриках I60-I67.1 и I67.4-I67.9, как причину последствий, которые сами по себе классифицированы в других рубриках.

Последствия цереброваскулярной болезни включают состояния, уточненные в качестве таковых или в виде отдаленных последствий, или существующих в течение одного года или более после начала причинного состояния. Рубрику I69 не следует использовать для обозначения других цереброваскулярных болезней.

Указание логической последовательности патогенеза умирания при данной патологии обязательно.

При сочетании последствий цереброваскулярной болезни (I69) с деменцией (F01–F03) в качестве первоначальной причины смерти выбирают сосудистую деменцию (F01) при наличии смертельного осложнения.

При сочетании последствий цереброваскулярной болезни (I69) с острыми формами цереброваскулярной болезни (I60-I66) в качестве первоначальной причины смерти выбирают острые формы (I60-I64).

Пример 9.41.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) сдавление мозга болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	G	9	3	.	5
б) обструктивная гидроцефалия патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 час.	G	9	1	.	1
в) Последствия субарахноидального кровоизлияния первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	I	6	9	:	0
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	6 лет	I10.X				

9.8. Атеросклероз (I70)

Сборные понятия (термины), такие как «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз» в качестве диагноза основного заболевания и в качестве первоначальной причины смерти **не используются**.

Следует использовать только рубрики, обозначающие атеросклеротическое поражение конкретных сосудов, например, «атеросклероз аорты», «атеросклероз сосудов нижних конечностей с гангреной».

В статистике смертности в соответствии с правилами МКБ-10, атеросклероз редко выбирается в качестве первоначальной причины смерти.

I70.— Атеросклероз

с упоминанием о:

I10–I13 (Гипертензивная болезнь), кодируют **I10–I13**

I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

I50.— (Сердечная недостаточность), кодируют **I50.—**

I51.4 (Миокардит неуточненный), кодируют **I51.4**

I51.5 (Дегенерация миокарда), кодируют **I51.5**

I51.6 (Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная),
кодируют **I51.6**

I51.8 (Другие неточно обозначенные болезни сердца),
кодируют **I51.8**

I60–I69 (Цереброваскулярные болезни), кодируют **I60–I69**

9.9. Геморрой (I84)

С 2013 года рубрика I84 «Геморрой» исключена из класса IX «Болезни системы кровообращения» и перенесена в класс XI «Болезни органов пищеварения» (рубрика K64).

Это изменение существенно повлияло на статистику заболеваемости, так как привело к уменьшению показателя заболеваемости по классу IX «Болезни системы кровообращения» и увеличению заболеваемости по классу XI «Болезни органов пищеварения».

На статистике смертности — это изменение практически не отразилось, так как «Геморрой» редко выбирается в качестве первоначальной причины смерти.

Глава 10. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса X «Болезни органов дыхания» (J00-J99)

Примечание: Если поражение органов дыхания вовлекает более чем одну анатомическую область, не обозначенную специально, его следует классифицировать по-анатомически ниже расположенной локализации (например, трахеобронхит кодируется как бронхит в рубрике J40).

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96);
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99);
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают вышеперечисленным классам, а не болезням органов дыхания. При выборе «основного состояния» и первоначальной причины смерти руководствуются правилами МКБ-10.

Класс содержит следующие блоки:

J00-J06 Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

J09-J18 Грипп и пневмония

J20-J22 Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей

J30-J39 Другие болезни верхних дыхательных путей

J40-J47 Хронические болезни нижних дыхательных путей

J60-J70 Болезни легкого, вызванные внешними агентами

J80-J84 Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань

J85-J86 Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей

J90-J94 Другие болезни плевры
J95-J99 Другие болезни органов дыхания

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- J17* Пневмонии при болезнях, классифицированных в других рубриках
- J91* Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках
- J99* Респираторные [дыхательные] нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках

10.1. Грипп (J09-J11):

10.1.1. «Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа» (J09)

К этой рубрике МКБ-10 относится грипп, вызванный подтипами вируса типа А:

- А/Н1N1 – пандемический (свиной);
- А/Н3N2;
- А/Н5N1 – эпидемический (птичий);
- А/Н7N9.

Рубрика J09 используется только во время эпидемии и пандемии.

Грипп, вызванный вирусом типа А кодируется рубрикой J09 независимо от того, какие осложнения гриппа имеются у пациента.

10.1.2. «Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа» (J10)

К рубрике МКБ-10 относится грипп, вызванный сезонными вирусами типов А, В и С.

Подрубрики:

J10.0 Грипп с пневмонией, вызванный сезонным вирусом гриппа.

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены гриппозные: острая инфекция верхних дыхательных путей, ларингит, фарингит, плевральный выпот.

J10.8 Грипп с другими проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены: энцефалопатия, вызванная гриппом, гриппозный гастроэнтерит и миокардит (острый).

Все случаи гриппа, включенные в рубрики J09 и J10, должны быть подтверждены лабораторным методом.

10.1.3. «Грипп, вирус не идентифицирован» (J11)

Включены: грипп и вирусный грипп без указания об идентификации вируса.

Подрубрики:

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

J11.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован.

Включены: грипп без дополнительных уточнений; гриппозные: острая инфекция верхних дыхательных путей, ларингит, фарингит, плевральный выпот, неуточненные или без указания об идентификации вируса.

J11.8 Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован.

Включены: энцефалопатия, вызванная гриппом, гриппозный гастроэнтерит и миокардит (острый), неуточненные или без указания об идентификации вируса.

Гриппозная пневмония является осложнением гриппа и в качестве основного состояния не выбирается.

Для кодирования случаев гриппа с идентификацией вируса используются рубрики J09 и J10 в зависимости от типа вируса. Для случаев гриппа с неидентифицированным вирусом используют рубрику J11.

10.1.4. Статистика заболеваемости

В диагнозе должно быть указано «основное состояние», которое определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107). В зависимости от формулировки диагноза данному состоянию присваивается соответствующий код МКБ-10.

Если при обращении пациента к врачу выставляется диагноз гриппа, то это состояние кодируется в соответствии с формулировкой диагноза и регистрируется как впервые выявленное заболевание со знаком (+).

Данное состояние является острым, перерегистрации не подлежит, и при повторном обращении так же регистрируется как острое.

10.1.5. Статистика смертности

В случае смерти при выборе первоначальной причины смерти имеет значение состояние, которое являлось «основным» в последнем эпизоде оказания медицинской помощи. Грипп, как острое заболевание, должен выбираться в качестве первоначальной причины смерти, несмотря на наличие других состояний (болезнь, вызванная ВИЧ, хронические заболевания: онкологические заболевания, болезни органов кровообращения, туберкулез и др.).

Исключение составляет грипп у беременной, роженицы или родильницы (до 42 дней после родов). При этом первоначальной причиной смерти выбирается грипп, осложняющий беременность, деторождение и послеродовый период – код O99.5 (состояние из 15-го класса МКБ-10).

Данная причина входит не в показатель смертности от гриппа, а в показатель материнской смертности.

Если при гриппе произошло внезапное воздействие внешней причины (травма, несовместимая с жизнью), то эта травма с внешней причиной и выбираются в качестве первоначальных причин смерти, а грипп указывается в части 2 свидетельства.

Если при гриппе возникло другое острое состояние, не связанное с гриппом, которое, безусловно, привело к смерти, например, язвенное кровотечение, то это последнее состояние и должно быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти, а грипп указывается в части 2 свидетельства.

Как правило, грипп, выбранный в заключительном клиническом (патологоанатомическом, судебно-медицинском) диагнозе в качестве основного состояния, выбирается и в качестве первоначальной причины смерти, а его осложнения указываются в свидетельстве в правильной логической последовательности.

Грипп, кодируемый рубриками J09-J11 не может быть следствием любого другого заболевания.

Пример 10.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	G	9	3	.	6
б) <u>энцефалопатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	5 сут.	G	9	3	.	4
в) <u>Грипп, вызванный сезонным вирусом типа В</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 нед.	J	1	0	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет 3 года	I11.0 I25.1				

Пример 10.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	J	8	1	.	X
б) <u>бронхопневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	J	1	8	.	0
в) <u>Грипп, вирус не идентифицирован</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 дней	J	1	1	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	8 лет	I11.0				

10.2. Пневмонии (J12-J18)

К блоку «Пневмонии» (J12-J18) относят острые воспалительные заболевания легкого (легких), всегда регистрируемых со знаком (+).

Пневмонии классифицируются по возбудителю:

J12 – вирусная пневмония

J13 – пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*

J14 – пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae*

J15 – бактериальная пневмония

J16 – пневмония, вызванная другими агентами

J18 – пневмония без уточнения возбудителя

Рубрики J12-J16 используются, если возбудитель уточнен при лабораторном исследовании. Если лабораторного подтверждения нет, используют рубрику J18.

10.2.1. Статистика заболеваемости

Диагноз «пневмония» используется в качестве «основного» состояния в конце эпизода оказания медицинской помощи в соответствии с правилами МКБ-10, когда пневмония явилась состоянием, по поводу которого пациента преимущественно лечили или обследовали, и на которое была потрачена наибольшая часть использованных ресурсов.

Пневмония как острое заболевание всегда регистрируется со знаком (+) и повторно со знаком (–) не перерегистрируется. Все повторные случаи острой пневмонии считаются острыми.

10.2.2. Статистика смертности

Если пневмония была выставлена в качестве «основного» состояния в конце эпизода оказания медицинской помощи и данный случай закончился летально, то в качестве первоначальной причины смерти выбирается пневмония.

В свидетельстве в части 1 обязательно должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни, а в части 2 – прочие важные заболевания, способствовавшие смерти.

Чаще всего пневмония является осложнением самых различных заболеваний, и поэтому указывается в качестве непосредственной, или промежуточной причины смерти.

Любые состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнурительные болезни (такие как злокачественные новообразования и нарушения питания), заболевания, вызывающие паралич (такие как кровоизлияние в мозг и тромбоз), серьезные нарушения дыхания, состояния, вызванные нарушением глотания, другие заболевания, ограничивающие способность к самообслуживанию, включая деменцию и дегенеративные болезни нервной системы, отравления и тяжелые травмы, необходимо рассматривать как очевидную причину любой пневмонии (J12–J18, J69.0 и J69.8).

Пневмония, обозначенная рубрикой J18.- (кроме долевой пневмонии), связанная с неподвижностью или со снижением подвижности, должна кодироваться рубрикой J18.2.

При сочетании долевой пневмонии (J18.1) с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) в качестве первоначальной причины смерти выбирают синдром зависимости от алкоголя.

Возможные последовательности патогенеза умирания:

Долевая пневмония	→	эмпиема плевры	→	отек легкого
Долевая пневмония	→	сепсис	→	септический шок
Долевая пневмония	→	острый респираторный дистресс-синдром	→	дыхательная недостаточность
Долевая пневмония	→	инфекционный миокардит	→	нарушение сердечного ритма

Пример 10.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	J	8	1	.	X	
б) <u>эмпиема плевры</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 сут.	J	8	6	.	9	
в) <u>Нижнедолевая пневмония</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 нед.	J	1	8	.	1	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	8 лет	I25.1					

Пример 10.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>стафилококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	A	4	1	.	2	
б) <u>долевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 нед.	J	1	8	.	1	
в) <u>Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	F	1	0	.	2	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	8 лет 10 лет	J44.8 I25.1					

10.3. Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44)

Включает хронические бронхиты (астматический, эмфизематозный), обструктивные: астму, бронхит, трахеобронхит).

10.3.1. Статистика заболеваемости

Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44) регистрируется в конце эпизода оказания медицинской помощи как впервые выявленное хроническое заболевание со знаком (+) и перерегистрируется, начиная со второго года – со знаком (–), при первом обращении в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

10.3.2. Статистика смертности

Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44) выбирается в качестве первоначальной причины смерти, если она выставлена как «основное» состояние в конце эпизода оказания медицинской помощи.

При этом в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни.

Если в качестве «основного» состояния выбран острый или хронический бронхит, а в качестве сопутствующего состояния указана хроническая обструктивная легочная болезнь, то в качестве первоначальной причины смерти выбирают хроническую обструктивную легочную болезнь (J44).

Если хроническая обструктивная легочная болезнь осложняется острыми респираторными инфекциями нижних дыхательных путей (J20-J22) или пневмониями (J12-J18), то в качестве первоначальной причины смерти указывают хроническую обструктивную легочную болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0).

Пример 10.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	J	8	1	.	X
б) <u>хроническое легочное сердце</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 мес.	I	2	7	.	9
в) <u>Хронический обструктивный бронхит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	J	4	4	.	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	5 лет	I25.8				

Возможные последовательности патогенеза умирания:

Хронический обструктивный бронхит	→	хроническое легочное сердце	→	тромбоэмболия легочной артерии
Хронический обструктивный бронхит	→	хроническое легочное сердце	→	нарушение сердечного ритма
Хронический обструктивный бронхит	→	полицитемия	→	тромбоэмболия легочной артерии

10.4. Бронхиальная астма (J45)

Включает:

- аллергическую, атопическую астму, аллергический бронхит (J45.0);
- неаллергическую, идиосинкратическую, неврогенную астму (J45.1);
- смешанную астму (J45.8);
- неуточненную астму, астматический бронхит.

10.4.1. Статистика заболеваемости

Бронхиальная астма (J45) регистрируется в конце эпизода оказания медицинской помощи как впервые выявленное хроническое заболевание со знаком (+) и перерегистрируется, начиная со второго года – со знаком (–), при первом обращении в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Острая тяжелая бронхиальная астма расценивается как астматический статус и кодируется рубрикой J46.

10.4.2. Статистика смертности

Бронхиальная астма (J45) выбирается в качестве первоначальной причины смерти, если она выставлена как «основное» состояние в конце эпизода оказания медицинской помощи.

При этом в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни.

При сочетании бронхиальной астмы с острыми или терминальными болезнями системы кровообращения (инфаркты миокарда, острые цереброваскулярные болезни, нарушения сердечного ритма и др.), последние следует считать осложнениями, а «основным» заболеванием – бронхиальную астму, которую и выбирают в качестве первоначальной причины смерти.

Возможные последовательности патогенеза умирания:

Бронхиальная астма	→	хроническое легочное сердце	→	отек легкого
Бронхиальная астма	→	астматический статус	→	отек легкого
Бронхиальная астма	→	астматический статус	→	дыхательная недостаточность

Пример 10.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час	J	8	1	.	X
б) <u>астматический статус</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	20 час.	J	4	6	.	X
в) <u>Бронхиальная астма неаллергическая</u> первоначальная причина смерти указывается последней	6 лет	J	4	5	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	10 лет	I10.X				

Пример 10.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	G	9	3	.	6
б) <u>внутричерепное кровоизлияние</u> <u>внутрижелудочковое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 дня	I	6	1	.	5
в) <u>Бронхиальная астма с преобладанием астматического компонента</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	J	4	5	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз	1 год 15 лет	I10.X I25.1				

Абсцесс легкого и средостения (J85)

Рубрика «Абсцесс легкого и средостения» (J85) включает следующие подрубрики:

J85.0 Гангрена и некроз легкого

- J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией
 J85.2 Абсцесс легкого без пневмонии
 J85.3 Абсцесс средостения

В МКБ-10 отсутствует термин «пневмония с абсцедированием». При наличии абсцесса легкого с пневмонией используют рубрику J85.1.

Пример 10.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	J	8	1	.	X	
б) <u>долевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 дней	J	1	8	.	1	
в) <u>Абсцесс легкого с пневмонией</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 нед.	J	8	5	:	1	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	6 лет	I25.8					

Глава 11. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XI «Болезни органов пищеварения» (K00-K93)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96);
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99);
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99);
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90);
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98);
- новообразования (C00-D48);
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

Исключения из данного класса свидетельствуют о том, предпочтение при выборе «основного состояния» в первую очередь отдают вышеперечисленным классам, а не болезням органов пищеварения. При выборе «основного состояния» и первоначальной причины смерти руководствуются правилами МКБ-10.

Класс содержит следующие блоки:

K00-K14 Болезни полости рта, слюнных желёз и челюстей

K20-K31 Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

K35-K38 Болезни аппендикса [червеобразного отростка]

K40-K46 Грыжи

K50-K52 Неинфекционные энтериты и колиты

K55-K64 Другие болезни кишечника

K65-K67 Болезни брюшины

K70-K77 Болезни печени

K80-K87 Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы

K90-K93 Другие болезни органов пищеварения

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

K23* Поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках

K67* Поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках

K77* Поражения печени при болезнях, классифицированных в других рубриках

K87* Поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках

K93* Поражения других органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках

Язва желудка (K25)

Язва двенадцатиперстной кишки (K26)

Пептическая язва (K27)

Гастроеюнальная язва (K28)

В формулировке посмертного диагноза обязательно должны быть указаны: нозологический компонент – язва с локализацией (желудка, двенадцатиперстной кишки и т.д.), осложнения – кровотечение и (или) прободение (при их наличии), а также форма заболевания – острая или хроническая.

Четырехзначные подрубрики (4-е знаки) являются общими для кодов, обозначенных рубриками K25-K28 – см. МКБ-10, 1995, том 1, часть I, стр. 577.

Статистика заболеваемости

Язвы желудочно-кишечного тракта (K25-K28) – хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости язвами различных локализаций желудочно-кишечного тракта отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

Язва, классифицированная в рубриках K25-K28, может быть основным заболеванием (выбирается первоначальной причиной смерти), и может быть осложнением других заболеваний (указывается в качестве промежуточной или непосредственной причины смерти).

1. Язва, как самостоятельная нозологическая единица, выбранная в качестве «основного состояния», со смертельными осложнениями, как правило, является первоначальной причиной смерти.

Возможные последовательности патогенеза умирания:

Язва	→	кровотечение	→	гиповолемический шок
Язва	→	кровотечение	→	постгеморрагическая анемия
Язва с прободением	→	перитонит	→	сепсис
Язва	→	панкреонекроз	→	перитонит
Язва	→	пневмония	→	сепсис

Пример: 11.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) гиповолемический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час.	R	5	7	.	1
б) желудочное кровотечение патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	K	9	2	.	2
в) Хроническая язва желудка с кровотечением первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	K	2	5	:	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью	10 лет	I11.0				

Пример 11.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>стафилококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	A	4	1	.	2
б) <u>острый перитонит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	6	5	.	0
в) <u>Хроническая язва желудка с прободением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	K	2	5	.	5
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	8 лет 10 лет	I25.1 I10.X				

2. Язва может являться осложнением некоторых заболеваний, например, системных поражений соединительной ткани (см. Класс XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани»). В этих случаях выбор первоначальной причины производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Пример 11.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>желудочное кровотечение</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	K	9	2	.	2
б) <u>острая язва желудка с кровотечением</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	2	5	.	0
в) <u>Серонегативный ревматоидный артрит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	M	0	6	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия	7 лет	I10.X				

3. При язве любой локализации может быть проведено оперативное вмешательство. Если возникли послеоперационные осложнения (пневмония (любого типа), кровотечение, тромбофлебит, эмболия, тромбоз, сепсис, остановка сердца, почечная недостаточность (острая), аспирация, ателектаз и инфаркт и др. – см. Приложение 8), то в срок до 4-х недель их следует рассматривать как прямое следствие операции, а первоначальной причиной смерти считают то заболевание, по поводу которого была произведена операция.

Операцию и дату ее проведения записывают в части 2 свидетельства.

Пример 11.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час.	R	5	7	.	0
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	I	2	1	.	0
в) <u>Хроническая язва желудка с кровотечением и прободением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	K	2	5	.	6
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: резекция желудка, дата						

Острый аппендицит (K35)

С учетом обновлений ВОЗ данная рубрика используется в следующей редакции:

K35 Острый аппендицит

K35.2 Острый аппендицит с генерализованным перитонитом
Аппендицит (острый) с генерализованным (разлитым) перитонитом, вызванный разрывом или прободением

K35.3 Острый аппендицит с ограниченным перитонитом
Острый аппендицит (с или без прободения или разрыва) с перитонитом:

- БДУ
- ограниченным

Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом

K35.8 Острый аппендицит другой и неуточненный
Острый аппендицит без упоминания об ограниченном или генерализованном перитоните

В формулировке посмертного диагноза обязательно должны быть указаны: нозологический компонент – острый аппендицит, осложнения – прободение и (или) перитонит (при их наличии).

Статистика заболеваемости

Острый аппендицит – острое заболевание, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+) и не перерегистрируется.

Информация о заболеваемости острым аппендицитом отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в форме федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

1. Острый аппендицит, как самостоятельная нозологическая единица, выбранная в качестве «основного состояния», выбирается первоначальной причиной смерти. В случае проведения оперативного вмешательства, отметку об этом делают в части 2 свидетельства.

Возможные последовательности патогенеза умирания:

острый аппендицит с разрывом	→	перитонит	→	сепсис
острый аппендицит с прободением	→	перитонит	→	сепсис

Пример 11.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
А) стафилококковый сепсис болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	A	4	1	.	2
Б) острый перитонит патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	6	5	.	0
В) Острый аппендицит с прободением первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	K	3	5	:	2
Г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: аппендэктомия, дата						

Сосудистые болезни кишечника (K55)

К острым сосудистым заболеваниям кишечника (K55.0) относятся: молниеносный ишемический колит, инфаркт кишечника, мезентериотромбоз, инфаркт и эмболия мезентериальных сосудов.

Статистика заболеваемости

Острые сосудистые заболевания кишечника – острые вторичные состояния, которые не выбираются в качестве основного состояния в статистике заболеваемости, а указываются как осложнение.

Хронические и другие сосудистые болезни кишечника (K55.1-K55.8) – хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости хроническими и другими сосудистыми болезнями кишечника отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

Острые сосудистые заболевания кишечника – вторичные состояния, которые не выбираются в качестве первоначальной причины смерти, а указываются в медицинских свидетельствах о смерти как непосредственная или промежуточная причина смерти.

Пример 11.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
І а) <u>острый перитонит</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	К	6	5	.	0
б) <u>мезентериотромбоз</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сутки	К	5	5	.	0
в) <u>Болезнь Стилла</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	М	0	0	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
ІІ. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	8 лет	J44.8				

Перитонит (K65)

Перитонит является вторичным заболеванием, поэтому не выбирается в качестве основного состояния в статистике заболеваемости и в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности.

Перитонит как вторичное состояние записывается как осложнение основного заболевания в статистике заболеваемости и как непосредственная, или промежуточная причина смерти в статистике смертности.

Болезни печени (K70-K76)

K70 Алкогольная болезнь печени – состояния, входящие в данную рубрику, как правило, имеют хроническое течение. Это относится к подрубрикам K70.0-K70.3.

Хронические формы алкогольной болезни печени (K70.0-K70.3) – хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Подрубрика K70.4 – алкогольная печеночная недостаточность и рубрика K72 – печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках, могут иметь острое и хроническое течение, однако, являются осложнениями других заболеваний печени, поэтому не выбираются в качестве основного состояния в статистике заболеваемости, а в статистике смертности указываются как непосредственная или промежуточная причина смерти.

Пример 11.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) недостаточность печеночная алкогольная болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	К	7	0	.	4
б) Алкогольный гепатит патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	К	7	0	:	1
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Алкогольная кардиомиопатия Хронический алкоголизм	1 год 5 лет	I42.6 F10.2				

Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках (K73)

Фиброз и цирроз печени (K74)

Статистика заболеваемости

Данные состояния являются хроническими заболеваниями, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости данной патологией отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках (K73) и фиброз и цирроз печени (K74) выбираются в качестве первоначальной причины смерти, если они выставлены как «основное» состояние в конце эпизода оказания медицинской помощи. При этом в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни.

Пример 11.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>варикозное расширение вен пищевода с кровотечением</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	18 час.	I	8	5	.	0	
б) <u>портальная гипертензия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	5 мес.	K	7	6	.	6	
в) <u>Цирроз печени</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	K	7	4	:	6	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Артериальная гипертензия Атеросклеротический кардиосклероз Ожирение	10 лет 12 лет 15 лет	I10.X I 25.1 E 66.9					

Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (K80-K87)

Желчнокаменная болезнь (K80)

Статистика заболеваемости

Желчнокаменная болезнь является хроническим заболеванием, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости данной патологией отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в форме федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

Желчнокаменная болезнь (K80) выбирается в качестве первоначальной причины смерти, если оно выставлено как «основное» состояние в конце эпизода оказания медицинской помощи. При этом в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза болезни.

Пример 11.9.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>печеночно-почечная недостаточность</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сутки	K	7	6	.	7
б) <u>механическая желтуха</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 суток	R	1	7	.	X
в) <u>Камни желчного пузыря с хроническим холециститом</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	K	8	0	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Холецистэктомия (дата) Атеросклеротический кардиосклероз Ожирение	12 лет 15 лет	I 25.1 E 66.9				

С учетом обновлений ВОЗ рубрика K85 используется в следующей редакции:

K85 Острый панкреатит

Абсцесс поджелудочной железы

Некроз поджелудочной железы:

- острый
- инфекционный

Панкреатит:

- БДУ
- острый (рецидивирующий)
- геморрагический
- подострый
- гнойный

K85.0 Острый идиопатический панкреатит

K85.1 Острый билиарный панкреатит

Желчнокаменный панкреатит

K85.2 Острый панкреатит алкогольной этиологии

K85.3 Острый панкреатит лекарственной этиологии

При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (глава XX)

K85.8 Другой острый панкреатит

K85.9 Острый панкреатит неуточненный

Статистика заболеваемости

Острый панкреатит – острое заболевание, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+) и не перерегистрируется.

Информация о заболеваемости острым панкреатитом отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в отчетной форме № 12.

Статистика смертности

Патогенез летальных исходов

1. Острый панкреатит, как самостоятельная нозологическая единица, выбранная в качестве «основного состояния», выбирается первоначальной причиной смерти. В случае проведения оперативного вмешательства, отметку об этом делают в части 2 свидетельства.

Пример 11.10.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>эндотоксический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	R	5	7	.	8
б) <u>острый гнойный перитонит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	6	5	.	0
в) <u>Острый идиопатический панкреонекроз</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	K	8	5	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	10 лет	I25.8				

Глава 12. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XII «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- осложнения беременности, родов и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- липомеланотический ретикулез (I89.8)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)
- системные нарушения соединительной ткани (M30-M36)

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

L14* Буллезные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках

L45* Папулосквамозные дерматозы при болезнях, классифицированных в других рубриках

L54* Эритема при болезнях, классифицированных в других рубриках

L62* Поражения ногтей при болезнях, классифицированных в других рубриках

L86* Кератодермия при болезнях, классифицированных в других рубриках

L99* Другие поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках

12.1. Статистика заболеваемости

Диагноз заболевания должен быть установлен в конце эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных инструментальных и лабораторных исследований.

Некоторые заболевания кожи могут регистрироваться в статистике заболеваемости как самостоятельные заболевания и как осложнения других заболеваний.

В качестве «основного состояния» выбирают то, на долю которого в конце эпизода оказания медицинской помощи пришлась наибольшая часть использованных ресурсов (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107). Следует учитывать также специальность врача при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и профиль отделения, если эта помощь была оказана в стационарных условиях.

Некоторые состояния, классифицируемые в этом классе, например, дерматиты могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

12.2. Статистика смертности

Некоторые инфекции кожи и подкожной клетчатки, а также тяжелые заболевания кожи (токсический эпидермальный некролиз Лайела, код L51.2) выбранные в качестве основного заболевания, могут быть выбраны первоначальной причиной смерти с указанием логической последовательности.

Пример 12.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>тромбоз тазовых вен</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час.	I	8	2	.	8
в) <u>Абсцесс ягодицы</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 нед.	L	0	2	:	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	7 лет	J44.8				

Пример 12.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>синдром респираторного расстройства</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	J	8	0	.	X
б) <u>сепсис</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	A	4	1	.	9
в) <u>Трофические язвы нижних конечностей</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 мес.	L	9	8	:	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	5 лет	I25.8				

Глава 13. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- синдром сдавления (T79.6)
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

- M01* Прямое инфицирование сустава при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- M03* Постинфекционные и реактивные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M07* Псориатические и энтеропатические артропатии
- M09* Ювенильный артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M14* Артропатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- M36* Системные поражения соединительной ткани при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M49* Спондилопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M63* Поражения мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках
- M68* Поражения синовиальных оболочек и сухожилий при болезнях, классифицированных в других рубриках

М73* Поражения мягких тканей при болезнях, классифицированных в других рубриках

М82* Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках

М90* Остеопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках

13.1. Артропатии (М00-М25)

13.1.1. Инфекционные артропатии (М01-М03)

К ним относятся:

М00 Пиогенный артрит

М02 Реактивные артропатии

Состояния из этого блока регистрируются в статистике заболеваемости, чаще всего, как самостоятельные нозологические единицы и могут выбираться в качестве первоначальной причины смерти при летальных исходах.

Пример 13.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>септический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	R	5	7	.	2	
б) <u>стафилококковый сепсис</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	A	4	1	.	2	
в) <u>Острый гнойный стафилококковый артрит правого тазобедренного сустава</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	M	0	0	:	0	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	10 лет	J44.8					

13.1.2. Воспалительные артропатии (М05-М14)

К ним относятся:

М05 Серопозитивный ревматоидный артрит

М06 Другие ревматоидные артриты

М08 Юношеский [ювенильный] артрит

М10 Подагра

- M11 Другие кристаллические артропатии
- M12 Другие специфические артропатии
- M13 Другие артриты

Из данного блока чаще всего встречаются

13.1.2.1. Ревматоидные артриты (M05-M06) –

они представляют собой хронические неинфекционные аутоиммунные воспалительные заболевания, характеризующееся поражением суставов и часто различных органов и систем. Распространенность ревматоидных артритов составляет около 0,9% среди взрослых пациентов, страдающих различными болезнями.

Статистика заболеваемости

Диагноз «ревматоидный артрит» для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи заболевания, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Пример формулировки нозологического компонента клинического диагноза ревматоидного артрита:

Диагноз основного заболевания	Серопозитивный ревматоидный артрит с системным поражением	M05.3
Осложнения	амилоидоз почек хроническая почечная недостаточность уремия отек легкого	
Фоновое заболевание	Артериальная гипертензия	I10.X
Сопутствующие заболевания	Аутоиммунный тиреоидит Идиопатический остеопороз	E06.3 M81.5

Ревматоидные артриты – хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости ревматоидными артритом отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Статистика смертности

При летальном исходе придерживаются следующих правил.

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют свидетельство. Из рубрифицированного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под особые правила выбора первоначальной причины смерти.

Необходимо помнить, что при ревматоидном артрите наблюдаются поражения различных органов и систем, которые не должны рассматриваться в качестве самостоятельных нозологических единиц.

Пример 13.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	R	5	7	.	0	
б) <u>инфаркт миокарда задней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 суток	I	2	1	.	2	
в) <u>Ревматоидный васкулит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	M	0	5	.	2	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II с нарушениями периферического кровообращения	12 лет	E11.5					

13.1.2.2. Подагра (M10)

Подагра является одной из наиболее распространенных форм воспалительных артропатий. Она подразделяется на первичную и вторичную.

Первичная подагра регистрируется в статистике заболеваемости как самостоятельное заболевание. Вторичная подагра является следствием других заболеваний.

В статистике смертности в качестве первоначальной причины выбирают только первичную подагру. Вторичную подагру в логической последовательности записывают как промежуточную или непосредственную причину.

Пример 13.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>острая почечная недостаточность</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	N	1	7	.	9	
б) <u>острый гломерулонефрит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 мес.	N	0	0	.	9	
в) <u>Идиопатическая подагра</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	M	1	0	.	0	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз Артериальная гипертензия	4 года 5 лет	I25.8 I10.X					

13.2. Системные поражения соединительной ткани (M30-M36)

Данный блок включает:

- аутоиммунные болезни
- коллагеновые (сосудистые) болезни

13.2.1. Узелковый полиартериит и родственные состояния (M30)

Узелковый полиартериит представляет собой некротизирующий васкулит с системным поражением любых органов и систем.

В статистике заболеваемости регистрируется, как и другие системные поражения, как хроническое заболевание с впервые в жизни установленным диагнозом со знаком (+), а в последующем – ежегодно со знаком (–).

В статистике смертности узелковый полиартериит выбирается в качестве первоначальной причины смерти с указанием смертельных осложнений в логической последовательности.

Пример 13.4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	G	9	3	.	6
б) <u>внутричерепное кровоизлияние субарахноидальное</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	I	6	1	.	1
в) <u>Узелковый полиартериит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	M	3	0	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	7 лет	J44.8				

13.2.2. Другие некротизирующие васкулопатии (M31)

Пример 13.5.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острый перитонит</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	20 час.	K	6	5	.	0
б) <u>мезентериотромбоз</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 суток	K	5	5	.	0
в) <u>Синдром Такаясу</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	M	3	1	:	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет II с нарушениями периферического кровообращения	10 лет	E11.5				

13.2.3. Системная красная волчанка (M32)

Пример 13.6.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) абсцесс легкого с пневмонией болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	J	8	5	.	1
б) диссеминированный кандидоз патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	B	3	7	.	8
в) Системная красная волчанка с поражением органов и систем первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	M	3	1	:	4
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический пансинусит	2 года	J32.4				

13.2.4. Дерматополимиозит (M33)

Пример 13.7.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) фибрилляция желудочков болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	4	9	.	0
б) острый миокардит патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 суток	I	4	0	.	9
в) Острый дерматомиозит первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	M	3	3	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	5 лет	I11.0				

13.2.5. Системный склероз (М34)

Пример 13.8.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>стрептококковый сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	A	4	0	.	9
б) <u>абсцесс легкого с пневмонией</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	J	8	5	.	1
в) <u>Системный склероз с поражением легких</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	M	3	4	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет	I25.1				

13.2.6. Другие системные поражения соединительной ткани (М35)

Пример 13.9.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>тромбоз глубоких вен правой голени</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сутки	I	8	0	.	2
в) <u>Болезнь Бехчета</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	M	3	5	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	6 лет	I11.0				

13.3. Остеопатии и хондропатии

13.3.1. Нарушения плотности и структуры кости (M80-M85)

13.3.1.1. Остеопорозы (M80-M81)

Остеопорозы классифицируются в зависимости от переломов: с патологическим переломом (M80) и без него (M81). Не следует путать патологический перелом с травматическим. При проведении дифференциальной диагностики остеопороза следует учитывать возраст старше 50 лет, пол (женщины болеют чаще) и незначительную внешнюю причину, не соответствующую полученной травме (падение со стула, с кровати и др.).

Статистика заболеваемости

Диагноз «остеопороз» для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи заболевания, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Пример формулировки нозологического компонента клинического диагноза остеопороза:

Диагноз основного заболевания	Остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью	M80.2
Осложнения	патологический перелом шейки левого бедра хроническая сердечная недостаточность гипостатическая пневмония	
Фоновое заболевание	Артериальная гипертензия	I10.X
Сопутствующие заболевания	Атеросклеротический кардиосклероз Хронический бронхит	I25.1 J20.X

Остеопорозы – хронические заболевания, диагноз которых, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости остеопорозами отражается в учетных формах: № 025/у и № 025-1/у и в Форме № 12.

Статистика смертности

При летальном исходе придерживаются следующих правил.

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

Пример 13.10.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>гипостатическая пневмония</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 сут.	J	1	8	.	2	
б) <u>патологический перелом шейки левого бедра</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	M	8	4	.	4	
в) <u>Идиопатический остеопороз с патологическим переломом</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	M	8	0	.	5	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	15 лет	I 25.8					

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют свидетельство. Из рубрифицированного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под особые правила выбора первоначальной причины смерти.

Глава 14. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIV «Болезни мочеполовой системы» (N00-N99)

Из данного класса исключены:

- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)
- осложнения беременности, деторождения и послеродового периода (O00-O99)
- врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)
- новообразования (C00-D48)
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)

Коды со звездочкой (*) в официальной статистике не используются (допускается применение в качестве необязательных дополнительных кодов).

К ним относятся:

N08* Гломерулярные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках

N16* Тубулоинтерстициальные поражения почек при болезнях, классифицированных в других рубриках

N22* Камни в мочевыводящих путях при болезнях, классифицированных в других рубриках

N29* Другие поражения почки и мочеточника при болезнях, классифицированных в других рубриках

N33* Поражения мочевого пузыря при болезнях, классифицированных в других рубриках

N37* Поражения уретры при болезнях, классифицированных в других рубриках

N51* Поражения мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках

N74* Воспалительные поражения органов малого таза при болезнях, классифицированных в других рубриках

N77* Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках

14.1. Гломерулярные болезни (N00-N08)

Исключена: гипертензивная болезнь почек (I12)

С рубриками N00-N07 могут использоваться следующие четырехзначные четвертые знаки, классифицирующие морфологические изменения. Подрубрики .0-.8 не следует использовать, если для идентификации поражений не были проведены специальные исследования (например, биопсия или аутопсия почек). Трехзначные рубрики основаны на клинических синдромах.

- .0 Незначительные гломерулярные нарушения
Минимальное поражение
- .1 Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения
Очаговый и сегментарный:
 - гиалиноз
 - склерозОчаговый гломерулонефрит
- .2 Диффузный мембранозный гломерулонефрит
- .3 Диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит
- .4 Диффузный эндокапиллярный пролиферативный
гломерулонефрит
- .5 Диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит
Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
(типы 1 и 3, или БДУ)
- .6 Болезнь плотного осадка
Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит, тип 2
- .7 Диффузный серповидный гломерулонефрит
Экстракапиллярный гломерулонефрит
- .8 Другие изменения
Пролиферативный гломерулонефрит БДУ
- .9 Неуточненное изменение

К данному блоку относятся: гломерулонефрит острый (N00), хронический (N03) и неуточненный (N05).

В статистике заболеваемости гломерулонефрит чаще всего регистрируется как самостоятельное заболевание, но может выступать и как следствие других болезней.

В статистике смертности гломерулонефрит может выбираться как первоначальная причина смерти при отсутствии в заключительном посмертном диагнозе других тяжелых заболеваний, которые могли являться причиной возникновения гломерулонефрита, например, сахарный диабет.

Пример 14.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>уремическая кома</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	12 час.	N	1	9	.	X	
б) <u>фибринозный перикардит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 нед.	I	3	0	.	8	
в) <u>Хронический мезангиопролиферативный гломерулонефрит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	N	0	3	.	3	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет	I 25.1					

14.2. Тубулоинтерстициальные болезни почек (N10-N16)

В данном блоке чаще всего встречаются:
 пиелонефрит острый (N10), хронический (N11) и неуточненный (N12);
 обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия (N13);
 нефропатии и другие тубулоинтерстициальные болезни почек (N14-15)
 Калькулезный пиелонефрит классифицируется в рубрике N20

Пример 14.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>уремия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	N	1	9	.	X	
б) <u>долевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 дней	J	1	8	.	1	
в) <u>Хронический пиелонефрит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 года	N	1	1	.	9	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	5 лет	J44.8					

14.3. «Почечная недостаточность» (N17-N18)

В данном блоке обновлениями ВОЗ изменена рубрика N18

N18 Хроническая болезнь почки

При необходимости идентифицировать первоначальное заболевание, используют дополнительный код

При необходимости идентифицировать наличие гипертензии, используют дополнительный код

N18.1 Хроническая болезнь почки, стадия 1

Поражение почки с нормальной или повышенной
СКФ [GFR] (≥ 90 мл/мин)

N18.2 Хроническая болезнь почки, стадия 2

Поражение почки с легким снижением СКФ [GFR]
(60-89 мл/мин)

N18.3 Хроническая болезнь почки, стадия 3

Поражение почки с умеренным снижением СКФ [GFR]
(30-59 мл/мин)

N18.4 Хроническая болезнь почки, стадия 4

Поражение почек со значительным снижением СКФ [GFR]
(15-29 мл/мин)

N18.5 Хроническая болезнь почки, стадия 5

Терминальная стадия болезни почек:

- при отмирании аллотрансплантата
- БДУ
- на диализе
- без диализа или трансплантации

Почечный ретинит (H32.8*)

Уремическая(ий):

- апоплексия† (I68.8*)
- деменция† (F02.8*)
- невропатия† (G63.8*)
- паралич† (G99.8*)
- перикардит† (I32.8*)

N18.9 Хроническая болезнь почки неуточненная

Хроническая почечная недостаточность

Хроническая уремия БДУ

Диффузный склерозирующий гломерулонефрит БДУ

В статистике смертности состояния из рубрики N18 при наличии сахарного диабета считаются ее осложнениями.

При сочетании состояний из рубрик N18 и N19 с артериальной гипертензией (I10) первоначальной причиной смерти выбирают состояния из рубрики I12.

При сочетании состояний из рубрик N18 и N19 с гипертензивной болезнью сердца (I11) первоначальной причиной смерти выбирают состояния из рубрики I13.

Почечная недостаточность острая, хроническая и неуточненная (N17-N19) считается вторичным состоянием и не выбирается в качестве основного состояния в статистике заболеваемости и в качестве первоначальной причины в статистике смертности.

14.4. Болезни мужских половых органов (N40-N51)

Пример 14.3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>хроническая почечная недостаточность</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 нед.	N	1	8	.	9	
б) <u>хронический пиелонефрит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N	1	1	.	9	
в) <u>Гиперплазия предстательной железы</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	N	4	0	:	X	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит	8 лет	J 44.8					

Рубрики, касающиеся болезней женской мочеполовой системы (N70-N98), используются в качестве причин смерти только при отсутствии беременности или спустя один год после ее окончания.

Глава 15. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XV «Беременность, деторождение и послеродовой период» (O00-O99)

Из данного класса исключены:

некоторые заболевания или травмы, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период, классифицированные в других рубриках:

- внешние причины (для смертности) (V01-Y89)
- травмы, отравления и некоторые другие следствия внешних причин (S00-T88.1, T88.6-T98)
- психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (F53.-)
- акушерский столбняк (A34)
- послеродовой некроз гипофиза (E23.0)
- послеродовая остеомалация (M83.0)

наблюдение за:

- беременностью высокого риска (Z35.-)
- нормальной беременностью (Z34.-)

Этот класс содержит следующие блоки:

O00-O08	Беременность с абортивным исходом
O10-O16	Отеки, протеинурия и гипертензивные нарушения при беременности, деторождении и в послеродовом периоде
O20-O29	Другие поражения матери, преимущественно связанные с беременностью
O30-O48	Медицинская помощь матери, связанная с состоянием плода, амниона и возможными проблемами родоразрешения
O60-O75	Осложнения родов и родоразрешения
O80-O84	Родоразрешение
O85-O92	Осложнения, преимущественно связанные с послеродовым периодом
O94-O99	Другие акушерские состояния, не классифицированные в других рубриках

В блоке «Беременность с абортивным исходом» рубрика O08 «Осложнения после аборта, внематочной и молярной беременности» в статистике смертности не используется, так как состояния, классифицированные в ней не являются самостоятельными заболеваниями.

С рубриками O00-O06 используются общие четырехзначные подрубрики.

Названия рубрик O11 и O14 изменены на преэклампсию.
Изменено содержание рубрики O60, добавлены четвертые знаки:

- O60** Преждевременные роды и родоразрешение
Начало (самопроизвольное) родов до 37 полных недель беременности
- O60.0** Преждевременные роды без родоразрешения
Преждевременные роды:
 - индуцированные
 - самопроизвольные
- O60.1** Преждевременные самопроизвольные роды с преждевременным родоразрешением
Преждевременные роды с родоразрешением БДУ
Преждевременные самопроизвольные роды с преждевременным родоразрешением путем кесарева сечения
- O60.2** Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением
Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением путем кесарева сечения
- O60.3** Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов
Преждевременное родоразрешение путем:
 - кесарева сечения без самопроизвольных родов
 - родовозбуждения

Добавлена рубрика:

- O94** Последствия осложнения беременности, деторождения и послеродового периода

Изменены рубрики:

- O96** Смерть от любой акушерской причины через 42 дня, но не менее одного года после родоразрешения
Используют дополнительный код, если необходимо, для определения акушерской причины (прямой или не прямой) смерти.
- O96.0** Смерть от прямой акушерской причины
- O96.1** Смерть от не прямой акушерской причины
- O96.9** Смерть от неуточненной акушерской причины
- O97** Смерть от последствий акушерских причин
Смерть от любой акушерской причины (прямой или не прямой) через один год и более после родоразрешения.
Используют дополнительный код, если необходимо, для определения акушерской причины (прямой или не прямой).
- O97.0** Смерть от последствий прямой акушерской причины
- O97.1** Смерть от последствий не прямой акушерской причины

О97.9 Смерть от последствий акушерской причины неуточненной

Добавлена новая подрубрика в рубрику О98:

О98.7 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период Состояния, обозначенные рубриками В20-В24

Структура XV класса имеет свои особенности кодирования: одно и то же состояние, в зависимости в какой период наблюдается имеет различные коды МКБ-10.

Например, кровотечение из половых путей кодируется следующим образом:

О20 Кровотечение в ранние сроки беременности

О46 Дородовое кровотечение

О67 Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением

О72 Послеродовое кровотечение

Материнская смертность

Всемирной организацией здравоохранения материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Случаи материнской смерти подразделяются на две группы:

Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами

- это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности, то есть беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за **любой** из перечисленных причин.

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами

- это смерть в результате существовавшей прежде болезни или заболевания, развившегося в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенного физиологическим влиянием беременности.

Одной из главных задач является обеспечение достоверности данных о причинах материнской смертности, что всецело зависит от единого подхода и точного соблюдения правил построения клинического, патолого-анатомического и судебно-медицинского диагноза, заполнения медицинского свидетельства о смерти и последующей кодировки заболеваний и выбора первоначальной причины смерти.

В настоящее время существуют значительные расхождения в формулировках заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Среди патологоанатомов нет единой точки зрения на морфологическую диагностику некоторых нозологических форм акушерской патологии, что затрудняет выяснение истинных причин материнской смертности и, соответственно, снижает информативную ценность статистики материнской смертности.

Заключительный клинический диагноз в медицинской карте стационарного больного (истории родов), патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы должны формулироваться по единым принципам, в терминах, соответствующих МКБ-10, и в обязательном порядке записываться по общепринятым рубрикам.

Типичные ошибки при установлении акушером-гинекологом первоначальной причины смерти в заключительном клиническом диагнозе

- Заключительный клинический диагноз представлен хронологическим перечнем клинических состояний, оперативных вмешательств и осложнений, сформулированный без необходимых рубрик. Такой диагноз расценивается как неверно оформленный, поскольку он не пригоден для статистического анализа и сопоставления с патологоанатомическим диагнозом;

- В рубрике «основное заболевание» приводится не нозологическая единица (болезнь), а осложнение, в т.ч. одно из несмертельных осложнений беременности: состояние физиологической незрелости, раннее излитие околоплодных вод, первичная слабость или дискоординация родовой деятельности, тазовое предлежание, узкий таз и т.д.;

- В рубрике «основное заболевание» менее тяжелое его проявление указано перед более тяжелым, например, записано: «Беременность 4-ая; 33-34 недели. Длительно протекающая водянка беременных на фоне ожирения. Эклампсия».

- «Основным заболеванием» записываются обобщающие понятия, например, такие как «гестоз», без уточнения его конкретных нозологических форм. Обобщающие понятия не могут фигурировать ни в одной из рубрик диагноза.

При заполнении свидетельства необходимо помнить, что в части II записываются выбранные в качестве прочих причин смерти фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания, а также срок беременности (если смерть наступила в период беременности), продолжительность послеродового периода (аборта, внематочной беременности) в часах или днях, перечисляются оперативные вмешательства с указанием дат.

Пример

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Эклампсия: судорожная форма в начальном периоде 1 родов при беременности 39 недель.

Операция 1: лапаротомия, кесарево сечение (дата).

Осложнения: Отек головного мозга, респираторный дистресс-синдром. ДВС-синдром с преимущественным поражением матки, легких и почек. Маточное кровотечение (кровопотеря 500 мл.)

Операция 2: экстирпация матки (дата).

Реанимация: ИВЛ после II операции в течение 2-х дней, гемотрансфузии, непрямой массаж сердца.

Сопутствующие заболевания: Анемия беременных I степени.

Послеродовой период: 3 дня.

Патология плода : Синдром задержки внутриутробного развития, масса плода 2540 г.

Кроме того, следует обвести цифру 3 в пункте 21 - материнская смертность (умерла в течение 42-х дней после окончания беременности, родов).

Все случаи смерти беременных женщин, рожениц и родильниц в стационарах подлежат обязательному патологоанатомическому или судебно-медицинскому вскрытию.

Каждый случай отказа от вскрытия в случаях материнской смертности подлежит обсуждению в вышестоящей инстанции. В случаях смерти женщины после искусственного криминального или неуточненного аборта, произведенного вне медицинской организации, или при неустановленной личности беременной женщины тело умершей подлежит судебно-медицинскому исследованию.

Смертность, связанная с акушерскими причинами

Первоначальные причины материнской смертности в МКБ-10 объединены в специальный класс XV «Беременность, деторождение и послеродовой период», который содержит 8 блоков нозологических форм.

Для их кодирования используются рубрики O00 - O99, которые имеют приоритет над другими рубриками МКБ-10.

В случаях смерти, связанной с акушерскими причинами, применяются рубрики O00-O97.

- Среди причин материнской смертности при прерывании беременности до 22-ой недели наиболее частыми являются эктопическая (чаще, трубная) беременность, кровотечения, септические и другие осложнения после аборта, реже — пузырный занос (O01.0-O01.9).

Пример 15.1.

Патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание: Разрыв правой маточной трубы вследствие эктопической беременности при сроке 6 недель.

Осложнения: Геморрагический шок. Внутрибрюшное кровотечение (кровопотеря 1800 мл), ДВС-синдром. Малокровие внутренних органов.

Операция: лапаротомия, резекция правой маточной трубы (дата). Послеоперационный период – 2 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>геморрагический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	O	0	8	.	3
б) <u>внутрибрюшное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	20 мин.	O	0	8	.	1
в) <u>Разрыв правой маточной трубы вследствие эктопической беременности 6 недель</u> первоначальная причина смерти указывается последней	25 мин.	O	0	0	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция — правосторонняя тубэктомия (дата) Послеоперационный период	2 суток					

Пример 15.2.

Судебно-медицинский диагноз.

Основное заболевание: Криминальный неполный аборт на 18-ой неделе беременности.

Осложнения: Сепсис. Инфекционно-токсический шок. ДВС-синдром. Гиперплазия селезенки. Шоковые почки. Выраженная дистрофия паренхиматозных органов.

Операция: удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата). Послеабортный период – 5 суток

Реанимация: ИВЛ - 2 суток. Гемотрансфузии.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
И а) <u>инфекционно-токсический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	О	0	8	.	3
б) <u>сепсис</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 сут.	О	0	8	.	0
в) <u>Криминальный неполный аборт на 18-ой неделе беременности, осложнившийся сепсисом</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 сут.	О	0	5	.	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция — удаление остатков плацентарной ткани и выскабливание полости матки (дата), экстирпация матки с трубами (дата) Послеабортный период	5 суток					

Пример 15.3.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Неудачный медицинский аборт при беременности 10 недель.

Осложнения: Задержка фрагментов плаценты в матке. Профузное маточное кровотечение (2500 мл). Геморрагический шок. Афибриногенемия. Острое малокровие внутренних органов.

Операция: экстирпация матки без придатков (дата).

Послеабортный период – 7 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>геморрагический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	О	0	8	.	3
б) <u>маточное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	30 мин.	О	0	8	.	1
в) <u>Неудачный медицинский аборт, осложнившийся кровотечением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	7 сут.	О	0	7	.	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция - экстирпация матки без придатков (дата) Послеабортный период	7 суток					

Среди вызванных беременностью заболеваний, сопровождающихся отеками, протеинурией и гипертензией, смертельными формами являются тяжелая преэклампсия (O14.1) и эклампсия во время беременности (O15.0), в родах (O15.1) и в послеродовом периоде (O15.2)

Пример 15.4.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Эклампсия судорожная форма, в послеродовом периоде (3 сутки после первых самопроизвольных своевременных родов).

Осложнения: Субарахноидальное кровоизлияние в базальной и боковой поверхности правого полушария головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией его ствола. Двусторонняя мелкоочаговая пневмония 7-10 сегментов легких.

Сопутствующее заболевание: Двухсторонний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

Послеродовой период – 2 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек головного мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	40 мин.	О	9	9	.	3
б) <u>субарахноидальное кровоизлияние</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 мин.	О	9	9	.	4
в) <u>Эклампсия в послеродовом периоде</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	О	1	5	.	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Самопроизвольные своевременные роды Послеродовой период	2 суток					

В группе «венозные осложнения во время беременности» наибольшее значение имеют варикозное расширение вен нижних конечностей (O22.0), половых органов (O22.1), флеботромбоз поверхностный (O22.2), флеботромбоз глубокий (O22.3), которые могут стать источником тромбоэмболов в легочную артерию (O22.0, O22.1 или O22.3).

Пример 15.5.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Глубокий флеботромбоз при беременности 36 недель: варикоз и тромбоз левых подвздошно-поясничных и срединной крестцовой вен

Осложнения: Тромбоэмболия легочной артерии. Массивные ателектазы. Отек легких.

Патология плода: антенатальная смерть (дата)

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	О	8	8	.	2
б) <u>тромбы подвздошно-поясничных и крестцовой вен</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	15 мин.	О	2	2	.	9
в) <u>Глубокий флелотромбоз при беременности 36 нед</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	О	2	2	.	3
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

В группе «акушерские кровотечения» наибольшее значение в качестве причин материнской смертности имеют предлежание плаценты с кровотечением (О44.1) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (О45.0).

Пример 15.6.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при беременности 33 - 34 недели

Осложнения: Ретроплацентарная гематома. Геморрагический шок, профузное маточное кровотечение (кровопотеря 3000 мл), острое малокровие внутренних органов. ДВС-синдром. Отек головного мозга.

Сопутствующее заболевание: первые преждевременные оперативные роды мертвым плодом в тазовом предлежании.

Операция — кесарево сечение (дата), ручное обследование полости матки (дата). Послеродовой период — 1 сутки.

Реанимация: ИВЛ - 1 сутки, гемотрансфузии.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) акушерский шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	О	7	5	.	1
б) профузное маточное кровотечение патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 мин.	О	7	2	.	1
в) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	О	4	5	.	9
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (дата) Послеродовой период	1 сут.					

Причиной материнской смертности часто бывают послеродовые кровотечения, а среди них — кровотечение в третьем (последовом) периоде родов, связанное с задержкой, приращением или ущемлением плаценты, а также при глубоком проникновении ее ворсин в миометрий (O72.0), либо кровотечение атонического характера в раннем послеродовом периоде (O72.1).

Пример 15.7.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Массивное атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде (кровопотеря — 2700 мл) при самопроизвольных родах на 38-ой неделе беременности.

Фоновые заболевания: Первичная слабость родовой деятельности, затяжные роды.

Осложнения: Расслаивающие кровоизлияния миометрия. Акушерский шок. Массивная гематома в клетчатке малого таза. Острая постгеморрагическая анемия. Острое малокровие паренхиматозных органов.

Операция: экстирпация матки без придатков (дата).

Послеродовой период — 8 часов.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) акушерский шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	О	7	5	.	1
б) острая постгеморрагическая анемия патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	40 мин.	О	9	9	.	0
в) Массивное атоническое кровотечение первоначальная причина смерти указывается последней	1 час.	О	7	2	:	1
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Первичная слабость родовой деятельности Самопроизвольные роды при беременности Операция: экстирпация матки без придатков (дата) Послеродовой период	2 сут. 38 нед. 8 час.	O62.0				

Среди акушерских травм смертельными чаще всего оказываются разрывы тела матки (O71.0, O71.1)

Пример 15.8.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Полный самопроизвольный разрыв тела матки при самопроизвольных стремительных родах на 38 неделе беременности.

Осложнения: Акушерский шок. Профузное кровотечение из артерий в месте разрыва стенки матки и левой маточной артерии (общая кровопотеря около 4 л), гематома в параметральной клетчатке (около 450 мл). Множественные петехиальные кровоизлияния в слизистых оболочках. Отек легких и головного мозга.

Фоновое заболевание: Нефропатия средней степени тяжести.

Операция: экстирпации матки без придатков (дата). Интранатальная гибель плода.

Послеродовой период – 4 суток.

Реанимация: ИВЛ (4 суток), массивные гемотрансфузии.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) акушерский шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	О	7	5	.	1
б) маточное кровотечение патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	15 мин.	О	7	2	.	1
в) Полный разрыв тела матки первоначальная причина смерти указывается последней	20 мин.	О	7	1	:	1
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Нефропатия средней степени Самопроизвольные стремительные роды Операция: экстирпация матки без придатков (дата) Послеродовой период	1 нед. 38 нед. 4 сут.	O26.8 O62.3				

В послеродовом периоде наибольшую угрозу для жизни родильниц представляют послеродовой сепсис (O85)

Пример 15.9.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Послеродовой сепсис после самопроизвольных родов на 38 неделе беременности: острый гнойный эндомиометрит.

Осложнения: Септический шок. Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с органной недостаточностью. Состоявшееся желудочное кровотечение, множественные субплевральные кровоизлияния, множественные петехиальные подкожные кровоизлияния. Отек легких и головного мозга.

Реанимация: ИВЛ (6 суток).

Послеродовой период – 11 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) <u>септический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	R	5	7	.	2
б) <u>Синдром системного воспалительного ответа с органной недостаточностью</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	5 час.	R	6	5	.	1
в) <u>Послеродовой сепсис</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 сут.	Q	8	5	:	X
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Послеродовой период	11 сут.					

В группе акушерских эмболий в качестве причин материнской смертности могут быть воздушная эмболия (O88.0) и эмболия амниотической жидкостью (O88.1).

Пример 15.10.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Акушерская эмболия околоплодными водами в родах при сроке беременности 34 недели.

Осложнения: Отек легких. Острый респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга.

Фоновое заболевание: Преэклампсия тяжелой степени тяжести.

Операция: кесарево сечение (дата).

Послеродовой период – 7 часов.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острый респираторный дистресс-синдром, отек легких</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	О	9	9	.	8
б) <u>Акушерская эмболия околоплодными водами</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	25 мин.	О	8	8	:	1
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Презклампсия тяжелой степени Операция: кесарево сечение (дата) Послеродовой период	5 сут. 7 час.	O14.1				

В МКБ-10 представлен спектр осложнений, связанных с проведением анестезии (наркоза). Они регистрируются в качестве основного заболевания отдельными кодами в зависимости от времени возникновения, в частности, в период беременности (рубрика O29), во время самостоятельных родов или оперативного родоразрешения (рубрика O74) и в послеродовом периоде (рубрика O89).

Пример 15.11.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Массивный кислотно-аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона) во время вводного наркоза с целью оперативного родоразрешения (кесарева сечения) при беременности 38 недель.

Осложнения: Выраженный отек легких. Церебральная аноксия. Распространенные обтурационные ателектазы, очаги острой эмфиземы.

Реанимация - ИВЛ - 3 суток.

Операция - кесарево сечение (дата).

Послеродовой период – 3 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>церебральная аноксия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	0	7	5	.	4
б) <u>Кислотно-аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона) во время вводного наркоза</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	0	7	4	.	0
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: кесарево сечение (дата) Послеродовой период	3 сут.					

Пример 15.12.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Неудачная интубация - стояние трубки в пищеводе при наркозе перед оперативным родоразрешением при сроке беременности 39 недель.

Осложнения: Постгипоксическая энцефалопатия. Отек легких, обширные ателектазы, петехиальные кровоизлияния в перикарде.

Операция: кесарево сечение по поводу клинически узкого таза (дата).

Реанимация: ИВЛ — 2 суток.

Патология плода: интранатальная гибель плода.

Послеродовой период — 2 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>постгипоксическая энцефалопатия</u> _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	20 мин.	О	7	4	.	3
б) <u>отек легких</u> _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	30 мин.	О	7	4	.	1
в) <u>Неудачная интубация - стояние трубки в пищеводе</u> _____ первоначальная причина смерти указывается последней	3 час.	Q	7	4	.	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: кесарево сечение (дата) Послеродовой период	2 сут.					

Кроме осложнений анестезии, первоначальными причинами материнской смертности могут быть также ятрогенные осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством, интенсивной терапией (в том числе ранения, тромбоз и нагноения сосудов при их катетеризации) и другими процедурами.

Если они возникли на фоне удовлетворительного состояния женщины, явились результатом упущений, неправильного лечения, иных дефектов лечебно-диагностического процесса, то они фиксируются как «основное состояние» (первоначальная причина смерти) под общим кодом O75.4.

Пример 15.13.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Несовместимость перелитой иногруппной крови на вторые сутки после самопроизвольных родов на 39 неделе беременности.

Осложнения: Посттрансфузионный шок, анурия. Острая почечная недостаточность. Токсическое повреждение печени.

Сопутствующее заболевание: Анемия беременных II степени.

Послеродовой период – 2 суток.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) острая почечная недостаточность болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	45 мин.	N	1	7	.	9
б) посттрансфузионный шок патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	R	5	7	.	8
в) Трансфузия несовместимой крови первоначальная причина смерти указывается последней	12 час.	T	8	0	.	3
г) Несовместимость перелитой иногруппной крови внешняя причина при травмах и отравлениях	12 час.	Y	6	5	.	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Анемия беременных II степени Послеродовой период	1 мес. 2 сут.	O99.0				

Данный случай обусловлен внешней причиной – несовместимостью перелитой иногруппной крови, поэтому для его кодирования используется двойное кодирование кодами 19 и 20 классов.

Таким образом, обе первоначальные причины смерти не связаны с 15 классом и не входят в показатель материнской смертности.

Материнская смертность, связанная с болезнями матери осложняющими, беременность, деторождение и послеродовой период

Для этих случаев материнской смертности используется иной принцип кодирования: выбирается формулировка нужной нозологической формы из других классов, характеризующих органы и системы (кроме 18 класса), а код ставится из класса XV.

В этом классе отдельными рубриками (O98-O99) представлены объединенные коды для инфекционных, паразитарных заболеваний, а также болезней крови и кроветворных органов, эндокринной системы, органов кровообращения, дыхания и пищеварения.

Введена новая подрубрика – O98.7 – для кодирования ВИЧ-инфекции, осложняющей беременность, деторождение и послеродовой период.

Для существовавшей до беременности, например, гипертонической болезни, сахарного диабета и послеродового тиреоидита предусмотрены отдельные коды в XV классе.

Кроме основного перечня наиболее частых экстрагенитальных заболеваний, в МКБ-10 представлена подрубрика «Другие уточненные болезни» (O99.8), куда следует включать относительно редкие причины материнской смертности, в частности болезни мочеполовых путей, новообразования, костно-мышечную патологию и врожденные пороки развития, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.

Общее правило:

для регистрации акушерской или экстрагенитальной причины материнской смертности (основного заболевания) должны использоваться только коды из класса XV и XVIII²⁷ МКБ-10.

²⁷ при условии, что коды XVIII класса не имеют аналогов в XV классе.

Глава 16. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (P00-P96)

Включены: состояния, возникшие в перинатальном периоде, даже если смерть или заболевание наступают позже

Исключены: врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии (Q00-Q99)

болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)

травма, отравление и некоторые следствия внешних причин (S00-T98)

новообразования (C00-D48)

столбняк новорожденного (A33)

коклюш (A37)

Некоторые состояния исключены из класса XVI, так как классифицируются в других классах:

- Столбняк новорожденных (A33)
- Врожденная гонококковая инфекция (A54)
- Врожденный сифилис (A50)
- Болезнь, вызванная ВИЧ (B20–B24)
- Инфекционные болезни, приобретенные после рождения (A00–B99)
- Кишечные инфекции (A00–A09)
- Новообразования (C00–D48)
- Наследственные гемолитические анемии (D55–D58)
- Преходящая гипогаммаглобулинемия детей (D80.7)
- Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90)
- Некоторые врожденные заболевания нервной системы, классифицированные в рубриках G00–G99
- Врожденная кардиомиопатия
- Кишечная непроходимость, классифицируемая в подрубриках K56.0 – K56.5
- Пемфигус новорожденных и стафилококковый ожогоподобный кожный синдром (L00)
- Себорея головы (L21.0)
- Пеленочный [салфеточный] дерматит (L22)
- Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)
- Лабораторное подтверждение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] (R75)
- Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин (S00–T98).

Перинатальный период представляет собой промежуток времени, начинающийся с 22 недель внутриутробной жизни плода и заканчивающийся 7 полными днями после рождения (168 час.).

Периоды перинатальной смертности:

- антенатальный - с 22 недель беременности до начала родов;
- интранатальный - во время родов;
- ранний неонатальный - с момента рождения по 7 полных суток (168 час.).

Неонатальный период подразделяется на:

- ранний - с момента рождения по 7 полных суток (168 час.);
- поздний - с 7 до 28 суток после рождения.

Постнеонатальный период - с 28 дней после родов до 1 года.

В случаях перинатальной смертности (в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периодах) выдается медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

В случаях смерти в позднем неонатальном и постнеонатальном периодах выдается медицинское свидетельство о смерти.

$$\text{Показатель перинатальной смертности} = \frac{\text{Число мертворожденных с 22 нед.} + \text{число умерших в раннем неонатальном периоде}}{\text{Число родившихся}} \times 1000$$

В показатель младенческой смертности входят случаи смерти в раннем, позднем неонатальном и постнеонатальном периодах (от 0 до 1 года).

$$\text{Показатель младенческой смертности} = \frac{\text{Число детей умерших в возрасте до 1 года}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Форма медицинского свидетельства о перинатальной смерти

Коды по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода
или новорожденного

б) другие заболевания или патологические состояния плода
или новорожденного

в) основное заболевание или патологическое состояние
матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод
или новорожденного

г) другие заболевания или патологические состояния
матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод
или новорожденного

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертво-
рождению, смерти

Запись причин перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) - д).

В строках подпунктов а) и б) указываются болезни или патологические состояния мертворожденного плода или новорожденного, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни.

Причем одно, основное заболевание, записывается на строке подпункта а), а остальные, если таковые имеются, на строке подпункта б).

Под «основным» подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, заполняющего медицинское свидетельство о перинатальной смерти, внесло наибольший вклад в причину мертворождения или смерти новорожденного, родившегося живым и умершего в первые 168 часов суток жизни.

Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, недоношенность, характеризующие механизм смерти, не следует вписывать в строку подпункта а), если только они не были единственными известными состояниями ребенка, родившегося мертвым или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни.

В ряде случаев, например, при эклампсии у роженицы или при затрудненных родах, результатом является смерть плода от гипоксии, которая и указывается в качестве основного состояния на строке а) свидетельства о перинатальной смерти. Однако при этом, состояния роженицы, которые привели к смерти плода обязательно должны быть указаны на соответствующих строках - в) и г).

На строках подпунктов в) и г) следует записывать болезни или состояния матери, которые, по мнению лица, заполняющего свидетельство о перинатальной смерти, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на мертворожденного или живорожденного и умершего до 7 полных суток жизни.

В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) нужно записывать на строке подпункта в), а другие, если таковые имеются, на строке подпункта г).

Строка подпункта д) предусмотрена для записи других обстоятельств, которые способствовали смерти, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, новорожденного или матери, например: внешние причины при травмах и отравлениях, родоразрешение при отсутствии лица, принимающего роды, название операции или другого медицинского вмешательства с указанием даты, жестокое обращение с ребенком.

На строках подпунктов а) и в) может быть записано только по одному заболеванию (состоянию) и соответственно по одному коду.

На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны только по-русски и без сокращений.

Кодирование причин перинатальной смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Каждое заболевание (состояние), записанное в строках всех подпунктов следует кодировать отдельно.

Основное заболевание (состояние) матери, оказавшее влияние на мертворожденного или живорожденного и умершего на первой неделе жизни ребенка, записанное на строке подпункта в), а также другие состояния матери, записанные на строке подпункта г) необходимо кодировать одной из рубрик XVI класса P00-P04; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строках других подпунктов.

Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного или живорожденного и умершего до 7 полных суток жизни, записанных на строках подпунктов а) и б), в большинстве случаев используют рубрики P05-P96 (Состояния, возникшие в перинатальном периоде) или Q00-Q99 «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения», но можно использовать любые другие рубрики, кроме рубрик P00-P04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения».

Для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строках а) и в), используют один код.

Для кодирования внешних причин при травмах и отравлениях используют коды XX класса МКБ-10, которые указывают на строке подпункта

д). Другие обстоятельства, записанные на этой строке, обычно не нуждаются в кодировании.

В случае смерти от травм или отравлений проставляется три кода: первый - по характеру травмы мертворожденного или умершего на первой неделе новорожденного – на строке подпункта а), второй - код основного заболевания матери – на строке подпункта в) и третий - код внешней причины - на строке подпункта д).

В актовую запись в органах ЗАГС вносят причины смерти, указанные в строках подпунктов а), в) и д), и коды, соответствующие этим причинам.

При кодировании случаев мертворождения и смерти новорожденного необходимо учитывать следующее:

«Смерть плода по неуточненной причине» кодируют рубрикой P95;

«Смерть новорожденного» кодируют подрубрикой P96.8;

«Смерти от неуточненного состояния, возникшего в перинатальном периоде» кодируют подрубрикой P96.9.

Термин «Синдром внезапной смерти грудного ребенка» используется только у детей в возрасте от 7 дней до 1 года, в связи с чем для кодирования случаев перинатальной смерти не применяется.

Коды МКБ-10, используемые для кодирования случаев перинатальной смертности:²⁸

При антенатальной смерти плода - Q00-Q99, P35, P37, P39, A50, P20, P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P96.4, P05, P08, P95, а также любые другие коды, кроме P00-P04.

При антенатальной смерти плода - Q00-Q99, P10-P15, P20, P35, P37, P39, A50, P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P96, P05, P07, P08, P95, а также любые другие коды, кроме P00-P04.

При неонатальной смерти плода - Q00-Q99, P05, P08, P10-P15, P20, P21, P90, P91, P23, P35-P39, P22, P24-P29, P50-P61, P70-P78, P80-P83, P92-P94, P07, P96.4, P96, а также любые другие коды, кроме P00-P04.

Для кодирования патологических состояний матери на строках подпунктов в) и г) – только коды P00-P04.

При отсутствии патологических состояний у матери, запись об этом производится на строке подпункта в), при этом записывается только формулировка без кода.

Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на мертворожденного или живорожденного, умершего до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, производится запись на строке подпункта в) – «неизвестно» или «не установлено», а для кодирования используют искусственный код XXX.X.

Необходимо обратить внимание, что коды состояний матери из XV класса МКБ-10 на строках в) и г) должны быть заменены на коды XVI класса из блока P00-P04.

²⁸ <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/icd-10-perinatal-deaths/ru/>

Примеры правильного оформления медицинских свидетельств о перинатальной смерти:

Пример 16.1. Смерть новорожденного на 2 сутки.

Диагноз новорожденного:

Основное состояние новорожденного: Аспирация мекония P24.0

Осложнения: синдром дыхательного расстройства
легочная гипертензия

Сопутствующее состояние: Гемолитическая болезнь новорожденного,
резус-изоиммунизация P55.0

Диагноз матери:

Основное состояние матери: Эссенциальная гипертензия,
осложняющая беременность O10.0

Сопутствующие заболевания: Переношенная беременность O48.X
Олигогидрамнион O41.0

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) Аспирация мекония	P24.0
б) Синдром дыхательного расстройства	P22.0
Легочная гипертензия	P29.2
Гемолитическая болезнь новорожденного, резус-изоиммунизация	P55.0
в) Поражение новорожденного, обусловленное гипертензией матери	P00.0
г) Поражение новорожденного, обусловленное переношенной беременностью	P01.8
Поражение новорожденного, обусловленное олигогидрамнионом	P01.2

В данном случае аспирация мекония привела к респираторному дистрессу и легочной гипертензии. Состояние усугубилось наличием гемолитической болезни новорожденного с резус-изоиммунизацией.

Со стороны матери на данную патологию повлияла гипертензия матери, а также переношенная беременность с олигогидрамнионом.

При переходе на единое медицинской свидетельство о смерти, включающее в себя случаи смерти новорожденных, данная информация о новорожденном должна быть заполнена следующим образом:

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
И а) легочная гипертензия болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	Р	2	9	.	2
б) синдром дыхательного расстройства патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час..	Р	2	2	.	0
в) Аспирация мекония первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	Р	2	4	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Гемолитическая болезнь новорожденного, резус изоиммунизация	2 сут.	P55.0				

В данном случае сведения о состояниях матери записываются в блок Б «Прочая медицинская информация» (состояния матери, оказавшие влияние на плод и новорожденного) новой международной формы медицинского свидетельства о смерти (МКБ-10, том 2, 2016).

Пример 16.2. Мертворожденный на 38 неделе беременности.

Диагноз новорожденного:

Основное состояние мертворожденного: Внутриутробная гипоксия
во время родоразрешения P20.1

Осложнения: -

Сопутствующее состояние: -

Диагноз матери:

Основное состояние матери: Затрудненные роды вследствие
деформации таза у матери O65.0

Сопутствующие заболевания: Болезнь, вызванная ВИЧ,
с проявлениями множественных болезней,
осложняющая деторождение O98.7
Срочное кесарево сечение O82.1

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) Внутриутробная гипоксия во время родоразрешения P20.1

б) -

в) Затрудненные роды вследствие деформации таза P03.8

г) Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней,
осложняющая деторождение P00.2

Срочное кесарево сечение P03.4

д) -

В данном случае внутриутробная гипоксия плода, приведшая к смерти, была вызвана неправильным ведением родов при деформации таза у матери. Мертворожденный плод был извлечен путем кесарева сечения. Плод был доношенный, другой патологии при вскрытии выявлено не было.

Пример 16.3. Живорожденный, смерть на 3 сутки.
Беременность 30 недель.

Диагноз новорожденного:

Основное состояние живорожденного: Болезнь гиалиновых мембран
P22.0

Осложнения: -

Сопутствующее состояние: Недоношенность P07.3

Диагноз матери:

Основное состояние матери: Преждевременные самопроизвольные
роды с преждевременным родоразрешением O60.1

Сопутствующие заболевания: Родоразрешение с наложением щипцов
при одноплодных родах O81.3

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) Болезнь гиалиновых мембран P22.0
- б) Недоношенность P07.3
- в) Преждевременные самопроизвольные роды
с преждевременным родоразрешением P03.8
- г) Родоразрешение с наложением щипцов
при одноплодных родах P03.2
- д) -

В данном случае болезнь гиалиновых мембран, приведшая к смерти, была вызвана преждевременными самопроизвольными родами у матери с наложением щипцов. Так как других заболеваний у матери выявлено не было, основной патологией являются самопроизвольные преждевременные роды. Недоношенный плод был извлечен с помощью щипцов.

Пример 16.4. Мертворожденный, срок гестации 35 недель.

Диагноз новорожденного:

Основное состояние живорожденного: Внутриутробная гипоксия
P20.0

Осложнения: -

Сопутствующее состояние: Недоношенность P07.3

Диагноз матери:

Основное состояние матери: Преэклампсия O11.X

Сопутствующие заболевания: Преждевременные самопроизвольные роды O60.0

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) Внутриутробная гипоксия P20.0
б) Недоношенность P07.3
в) Преэклампсия P00.0
г) Преждевременные индуцированные роды P03.8
д) -

В данном случае внутриутробная гипоксия, приведшая к смерти, была вызвана преэклампсией у матери. Случай завершился преждевременными индуцированными родами, спонтанным вагинальным родоразрешением мацерированным мертворожденным плодом.

Анализ сопоставления случаев смерти мертворожденных и живорожденных с патологией матери имеет большое практическое значение для предупреждения случаев перинатальной смерти.

Состояния матери, оказывающие влияние на плод и новорожденного²⁹

М1: Осложнения со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек	1. предлежание плаценты 2. другие осложнения, связанные с отделением плаценты и кровотечением 3. дисфункция, инфаркт, недостаточность плаценты 4. синдромы плацентарной трансфузии 5. выпадение пуповины, другие виды сдавления пуповины 6. хориоамнионит 7. другие осложнения со стороны плодных оболочек
М2: Осложнения беременности у матери	1. цервикальная недостаточность 2. преждевременный разрыв плодных оболочек 3. олигогидрамнион/полигидрамнион 4. внематочная беременность 5. многоплодная беременность 6. смерть матери 7. неправильное предлежание плода перед родами 8. другие осложнения беременности
М3: Другие осложнения родов и родоразрешения	1. родоразрешение в тазовом предлежании и с экстракцией плода 2. другой вид неправильного предлежания, положения и диспропорции во время родов и родоразрешения 3. родоразрешение с наложением щипцов / применением вакуум-экстрактора

²⁹ <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/icd-10-perinatal-deaths/ru/>

	4. родоразрешение с помощью кесарева сечения 5. стремительные роды 6. преждевременные роды и родоразрешение 7. другие осложнения родов и родоразрешения, включая аборт
М4: Медицинские и хирургические осложнения	1. преэклампсия, эклампсия 2. вызванная беременностью гипертензия 3. другие гипертензивные нарушения 4. болезни почек и мочеполовой системы 5. инфекционные и паразитарные болезни 6. болезни системы кровообращения и органов дыхания 7. расстройства питания 8. травма 9. хирургическая процедура 10. другие медицинские процедуры 11. сахарный диабет у матери, включая гестационный сахарный диабет 12. применение анестезии и анальгезирующих средств у матери 13. терапевтические воздействия на мать 14. потребление табака, алкоголя, наркотических средств 15. использование пищевых химических веществ 16. воздействие химических веществ, содержащихся в окружающей среде 17. неуточненное вредное воздействие на мать
М5: Без осложнений со стороны матери	1. не выявлено осложнений (мать здорова)

При наличии ошибок заполнения медицинского свидетельства о перинатальной смерти для их исправления используют следующие 4 правила кодирования:

Правило Р1 – Сведения о механизме смерти или недоношенности записаны на строке а)

Если на строке а) записаны такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия или аноксия (любое из состояний, относящихся к рубрикам Р20.-, Р21.-), или недоношенность (любое из состояний, относящихся к рубрике Р07.-), а другие состояния новорожденного или плода записаны либо на строке а), либо на строке б), то кодируют первое из упомянутых этих других состояний так, как если бы оно одно было указано на строке а), и состояние, фактически указанное на строке а), кодируют так, как если бы оно было записано на строке б).

Пример 1:	Живорожденный; смерть в возрасте 4 дней	Коды
а)	Недоношенность	Р07.3 Q05.9
б)	Spina bifida	Q05.9 Р07.3
в)	Недостаточность плаценты	Р02.2 Р02.2
г)	—	

В данном примере недоношенность и ее код записаны на строке а), однако, в соответствии с правилом МКБ-10, недоношенность не является

основным состоянием, приведшим живорожденного к смерти. На строке б) записано заболевание, которое является основным состоянием и должно быть записано на строке а).

Для исправления ошибок зачеркиваем неправильно расставленные по строкам коды и справа записываем их в правильном порядке: код Q05.9 – на строке а), код P07.3 – на строке б). Код P02.2 оставляем на той же строке – в). Формулировки, записанные на строках свидетельства не меняем.

Пример 2: Живорожденный; смерть через 50 минут после рождения

		Коды	
а)	Тяжелая родовая асфиксия	~~P21.0~~	Q03.9
	Гидроцефалия	~~Q03.9~~	
б)	—		P21.0
в)	Затрудненные роды	P03.1	P03.1
г)	Тяжелая преэклампсия	P00.0	P00.0

Для исправления ошибок код гидроцефалии (Q03.9) переставляем на строку а). Код асфиксии (P21.0) переставляем на строку б). Коды на строках в) и г) оставляем на своих местах.

Правило P2 – Два или более состояний записаны на строке а) или на строке в)

Если два или более состояний записаны на строке а) или на строке в), кодируют первое из упомянутых состояний так, как если бы оно одно было записано на строке а) или на строке в), а другие состояния кодируют так, как если бы они были записаны на строках б) или г).

Пример 3: Мертворожденный; смерть наступила до начала родов

		Коды	
а)	Тяжелая недостаточность питания плода		P05.0
	«Маловесный» для гестационного возраста плод	~~P05.0~~	
	Дородовая аноксия	~~P20.9~~	
б)	—		P20.9
в)	Тяжелая преэклампсия	P00.0	P00.0
	Предлежание плаценты	~~P02.0~~	
г)	—		P02.0

«Маловесный» для гестационного возраста плод с недостаточностью питания является одним состоянием с кодом P05.0 на строке а), дородовую аноксию переносим на строку б); тяжелую преэклампсию оставляем на строке в), а предлежание плаценты переносим на строку г).

Пример 4: Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней

Коды

а)	Травматическое субдуральное кровоизлияние	P10.0	P10.0
	Массивная аспирация мекония	~~P24.0~~	
	Внутриматочная аноксия	~~P20.9~~	
б)	Гипогликемия	P70.4	P70.4
			P24.0
			P20.9
в)	Родоразрешение при помощи щипцов	~~P03.2~~	P00.0
г)	Тяжелая преэклампсия	~~P00.0~~	P03.2

Травматическое субдуральное кровоизлияние кодируют на строке (а), а другие состояния, записанные на строке (а), кодируют на строке (б).

Правило РЗ – Отсутствие записей на строке а) или на строке в)

Если на строке а) нет записей, но на строке б) имеются записи о состоянии новорожденного или плода, кодируют первое из упомянутых на строке б) состояний, как если бы оно было указано на строке а); если записей нет ни на строке а), ни на строке б), для кодирования на строке а) используют рубрику Р95 «Смерть плода по неуточненной причине» – для мертворожденных, или подрубрику Р96.9 «Состояние, возникающее в перинатальном периоде неуточненное» – для случаев ранней неонатальной смерти.

Аналогичным образом, если нет записей на строке в), но на строке г) имеются записи о состояниях матери, кодируют первое из упомянутых на этой строке состояний, как если бы оно было указано на строке в); если на строке в) и на строке г) записи отсутствуют, в этом случае на строке в) используют искусственный код XXX.X, чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

Пример 5: Живорожденный; смерть через 15 минут после рождения

		Коды	
а)	—		P10.4
б)	Разрыв мозжечкового намета	~~P10.4~~	P22.0
	Респираторный дистресс-синдром	~~P22.0~~	
в)	—	XXX.X	XXX.X
г)	—		

Разрыв мозжечкового намета переносят на строку а); на строке в) оставляют код XXX.X.

Пример 6: Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней

		Коды	
а)	—	—	P95.X
б)	—		
в)	—	—	P00.0
г)	Эклампсия (эссенциальная гипертензия)		

Неуточненную причину перинатальной смерти кодируют на строке а), а эклампсию – на строке в).

Правило Р4 – Состояния, ошибочно записанные на другой строке

Если состояние матери (т. е. состояния, относящиеся к рубрикам Р00–Р04) записано на строке а) или б), или если состояние новорожденного или плода указано на строке в) или г), кодируют эти состояния так, как если бы они были записаны на соответствующих правильных строках.

Если состояние, классифицируемое как состояние новорожденного или плода, или как состояние матери, ошибочно записано на строке д), его кодируют как прочее состояние плода или матери соответственно на строках б) или г).

Пример 7: Мертворожденный; смерть наступила после начала родов

	Коды
а) Тяжелая внутриутробная гипоксия	Р20.9 Р20.9
б) Стойкое высокое стояние головки плода	~~Р03.1~~
в) —	Р03.1
г) —	Р03.2
е) Тяжелое родоразрешение с помощью щипцов	~~Р03.2~~

Стойкое высокое стояние головки плода кодируют на строке в); тяжелое родоразрешение с помощью щипцов кодируют на строке г).

Глава 17. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях, входящих в класс XVII «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (Q00-Q99)

Из данного класса исключены: врожденные нарушения обмена веществ (E70-E90)

Обновлениями ВОЗ в XVII класс внесены следующие изменения:

Добавленные рубрики

Q31.5 Врожденная ларингомаляция

Исключенные рубрики

Q31.4 Врожденный стридор гортани

Q35.0 Расщелина твердого неба двусторонняя

Q35.2 Расщелина мягкого неба двусторонняя

Q35.4 Расщелина твердого и мягкого неба двусторонняя

Q35.6 Срединная расщелина неба

Q35.8 Расщелина неба [волчья пасть] неуточненная двусторонняя

Если продолжительность состояния указывает на то, что оно существовало с рождения, это состояние кодируют как врожденное, даже если в свидетельстве оно не указано как таковое. Это относится ко всем состояниям, для которых имеется определенный код врожденного состояния, независимо от того, находится ли этот код в классе XVII или нет. Соответствующий код состояния с дополнительным определением «врожденный» можно найти в Алфавитном указателе.

Следующие состояния можно рассматривать как врожденные, если они явились причиной смерти в указанном возрасте, при условии отсутствия указаний о том, что эти состояния возникли после рождения.

- в возрасте до 1 года: аневризма, аортальный стеноз, атрезия, атрофия головного мозга, гипоплазия органа, деформация, киста головного мозга, легочный стеноз, порок клапанов сердца, порок развития, смещение органа, эктопия.
- в возрасте до 4-х недель: болезнь сердца БДУ, гидроцефалия БДУ.

Если промежуток времени между началом болезни и смертью, а также возраст умершего свидетельствуют о существовании нарушения с самого рождения, любое заболевание следует рассматривать как врожденное, даже в тех случаях, когда в свидетельстве о смерти оно не уточнено как врожденное.

Врожденные аномалии вследствие других состояний:

- принимают врожденную аномалию как следствие хромосомной аномалии или синдрома врожденных пороков развития;
- принимают гипоплазию легкого как следствие врожденной аномалии.

Врожденные аномалии с нарушением легочного кровообращения, такие, как врожденный стеноз легочных вен, являются очевидной причиной отека легкого J81.

Принимают врожденную почечную патологию (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), преждевременный разрыв плодных оболочек (P01.1) и олигогидрамнион (P01.2) как очевидную причину первичного ателектаза у новорожденного (P28.0).

Принимают врожденную почечную патологию (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), как очевидные причины поражений плода и новорожденного, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек или олигогидроамнионом (P01.1 и P01.2).

Кистозную болезнь печени (Q44.6) с упоминанием о Поликистозной болезни почек (Q61.1–Q61.3) кодируют Q61.1–Q61.3.

Пример оформления медицинского свидетельства о смерти при врожденной патологии:

Пример 17.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	G	9	3	.	6
б) <u>врожденная гидроцефалия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 мес.	Q	0	3	.	9
в) <u>Врожденная аномалия мозолистого тела</u> первоначальная причина смерти указывается последней	8 мес.	Q	0	4	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Глава 18. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других рубриках» (R00-R99)

Из данного класса исключены:

отклонения от нормы, выявленные при антенатальном скрининге матери (O28.-)

отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96)

Обновлениями ВОЗ в XVIII класс внесены следующие изменения:

Добавленные рубрики:

R29.6 Склонность к падению, не классифицированная в других рубриках

R50.2 Лихорадка, вызванная действием лекарственного средства

R50.8 Другая уточненная лихорадка

R50.9 Лихорадка неуточненная

R57.2 Септический шок

R63.6 Недостаточный прием пищи и воды вследствие пренебрежительного отношения к себе

R65 Синдром системного воспалительного ответа

R65.0 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения без органического нарушения

R65.1 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с органическим нарушением

R65.2 Синдром системного воспалительного ответа неинфекционного происхождения без органического нарушения

R65.3 Синдром системного воспалительного ответа неинфекционного происхождения с органическим нарушением

R65.9 Синдром системного воспалительного ответа неуточненный

R95.0 Синдром внезапной смерти младенца с упоминанием о вскрытии

R95.9 Синдром внезапной смерти младенца без упоминания о вскрытии

Исключенные рубрики:

R50.0 Лихорадка с ознобом

R50.1 Устойчивая лихорадка

К блокам «Симптомы» относятся рубрики с кодами R00-R69; к блокам «Отклонения от нормы» относятся рубрики с кодами R70-R94; «Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти» кодируются рубриками R95-R99.

Следующие рубрики XVIII класса:

R00–R57.1, R57.8–R64, R65.2–R65.3, R68.0–R94, R96–R99 – входят в перечень неточно обозначенных состояний, которые не выбираются в качестве первоначальной причины смерти, однако могут использоваться в качестве непосредственных и промежуточных причин смерти.

Исключением являются рубрики:
R54 «Старость»
R96-R99 «Неизвестные причины смерти»
Рубрика R69 «Неизвестные и неуточненные причины болезней» в статистике смертности не используется. Кодировать рубриками R95-R99.

Пример 18.1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Старость</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	-	R	5	4	.	X
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 18.2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Неуточненная причина смерти</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	-	R	9	9	.	X
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Септический шок (R57.2), синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения без недостаточности функции органов (R65.0), синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с недостаточностью функции органов (R65.1), синдром

системного воспалительного ответа неуточненный (R65.9) не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание (A00–B99).

Рубрика R95 не является неточно обозначенным состоянием и может выбираться в качестве первоначальной причины смерти.

«Неточно обозначенные состояния» также не могут выбираться в качестве «основного состояния» в статистике заболеваемости, если они только не являются единственным состоянием у пациента.

Глава 19. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин»

Из данного класса исключены:

- родовая травма (P10-P15)
- акушерская травма (O70-O71)
- неправильное сращение после перелома (M84.0)
- несращение перелома [псевдоартроз] (M84.1)
- патологический перелом (M84.4)
- остеоартроз с патологическим переломом (M80.-)
- стрессовый перелом (M84.3)

19.1. Общие сведения

Состояния из XIX класса подлежат двойному кодированию. К формулировке диагноза и коду из XIX класса добавляется формулировка диагноза травмы и код внешней причины, вызвавший травму, из XX класса.

Острая травма считается в течение до 30 дней с момента получения в пределах эпизода оказания медицинской помощи, а при стационарном эпизоде – независимо от продолжительности госпитализации..

В мировой практике коды внешних причин (XX класс) являются основными, а коды XIX класса – дополнительными. В Российской Федерации оба кода являются основными, что дает возможность дополнительного анализа травм по их характеру и не противоречит мировой статистике.

Так как травмы часто имеют множественный характер, в качестве основной травмы в диагнозе выбирают только одну, наиболее тяжелую, в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16).

Коды состояний из XIX класса классифицируют травмы по их характеру.

Класс XIX (S00-T98) делится на блоки.

Блоки раздела S, также, как и рубрики T00-T14 и T90-T98 классифицируются по типам:

- поверхностная травма
- открытая рана
- перелом
- вывих, растяжение и перенапряжение
- травма нервов и спинного мозга
- травма кровеносных сосудов
- травма мышцы, фасции и сухожилия
- разможнение (раздавливание)
- травматическая ампутация
- травма внутренних органов
- другие и неуточненные травмы

В каждом типе травм перечислены травмы, входящие в данный тип, например:

Открытая рана, в том числе:

укушенная
резанная
рваная
колотая (коло-резаная, рубленая)

- БДУ
- с (проникающим) инородным телом

Т.е. открытая рана может быть дополнительно уточнена, как укушенная, или резанная или др., что не влияет на ее код.

Например, «**травма внутренних органов**» включает синонимы: гематома, прокол, разрыв, надрыв (МКБ-10, 1995, том 1, часть 2, стр. 238), которые могут быть использованы в диагнозе вместо общей формулировки – травма внутренних органов. При поиске в Алфавитном указателе вышеуказанные синонимы могут отсутствовать, поэтому поиск кода следует осуществлять по основному термину – травма внутренних органов.

Раздел, обозначенный буквой S, используется для кодирования различных видов травм, относящихся к определенным областям тела, а раздел с буквой T – для кодирования множественных травм и травм отдельных неуточненных областей тела, а также отравлений и некоторых других следствий внешних причин.

Например:

S00-S09 Травмы головы

S00 Поверхностная травма волосистой части головы

S01 Открытая рана головы

S02 Перелом черепа и лицевых костей

S03 Вывих, растяжение и перенапряжение суставов и связок головы

S04 Травма черепных нервов

S05 Травма глаза и глазницы

S06 Внутричерепная травма

S07 Размозжение головы

S08 Травматическая ампутация части головы

S09 Другие и неуточненные травмы головы

T00-T07 Травмы, захватывающие несколько областей тела

T00 Поверхностные травмы, захватывающие несколько областей тела

T01 Открытые раны, захватывающие несколько областей тела

T02 Переломы, захватывающие несколько областей тела

T03 Вывихи, растяжения и перенапряжения, захватывающие несколько областей тела

T04 Размозжения, захватывающие несколько областей тела

T05 Травматические ампутации, захватывающие несколько областей тела, не классифицированные в других рубриках

T06 Другие травмы, охватывающие несколько областей тела

T07 Неуточненные множественные травм

Коды T00-T07 в статистике заболеваемости и смертности не используются. Должны быть указаны конкретные травмы из каждой области тела и их коды.

При наличии единичной травмы, послужившей причиной смерти, в качестве первоначальной причины выбирается эта единичная травма с осложнениями, и она указывается на строках а), б) и в) с указанием логической последовательности.

Когда заголовок рубрики указывает на множественный характер травмы, союз «с» означает одновременное поражение обеих названных локализаций, а союз «и» - как одной, так и обеих локализаций, например:

S39.6 Травма внутрибрюшного(ых) органа(ов) с тазовым(ми) органом(ми);

S01.5 Открытая рана губы и полости рта.

Множественное кодирование можно применять в пределах рубрик. Во многих рубриках имеются подрубрики с четвертым знаком .7 – для обозначения множественных травм одного типа, поразивших одну и ту же область тела или, для обозначения 2-х и более травм в пределах данной рубрики, например:

S02.7 Множественные переломы черепа и лицевых костей.

В последних рубриках каждого блока имеются подрубрики с четвертым знаком .7 – для множественных травм различных типов, поразивших одну и ту же часть тела, например:

S09.7 Множественные травмы головы (т.е. травмы, классифицированные в более чем одной из рубрик S00-S09.2).

При множественных травмах, поразившие разные части тела, коды T00-T07 не используются, должны быть указаны коды отдельных конкретных травм, входящих в эти рубрики.

Диагноз при проведении вскрытия должен быть максимально уточнен, поэтому недопустимо использовать такие формулировки, как «травмы нескольких областей тела», «термический ожог неуточненной области тела», «другие уточненные травмы» и т.д.

Классификация переломов на открытые и закрытые может быть отражена в факультативной (необязательной) подрубрике (пятый знак) для дополнительной характеристики перелома:

0 – закрытый

1 – открытый

Если перелом не охарактеризован как открытый или закрытый, его следует классифицировать как закрытый.

Например:

S72.0 Перелом шейки бедра

S72.00 Перелом шейки бедра закрытый

S72.01 Перелом шейки бедра открытый

«Термические и химические ожоги» (T20-T32) включает 3 подблока:

- «Термические и химические ожоги наружных поверхностей тела, уточненные по локализации» (T20-T25);
- «Термические и химические ожоги глаза и внутренних органов» (T26-T28);
- «Термические и химические ожоги множественной и не уточненной локализации» (T29-T32).

Рубрика T29 включает ожоги нескольких областей тела, классифицируемые более чем одной из рубрик T20-T28.

Локализация ожога должна быть уточнена. Если поражено несколько областей тела, необходимо выбрать только одну, от которой и наступила смерть, в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16). Эту локализацию ожога записывают в пункт 22 части 1 свидетельства, а другие локализации ожогов записывают в части 2. Использовать рубрику T30 «Ожоги не уточненной локализации» нельзя.

Рубрики T31-T32 – являются дополнительными и не должны использоваться в качестве основного состояния или первоначальной причины смерти. С этой целью следует применять только рубрики T20-T29.

При кодировании первоначальной причины смерти нельзя использовать в качестве самостоятельных коды рубрик со звездочкой (*) (МКБ-10, 1995, том 2, стр.28), а также коды, перечисленные в таблице 2 (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 72).

Если травма упоминается с диагнозом столбняк (A35) или произошла вследствие эпилепсии (G40-G41), то первоначальной причиной смерти следует считать эти заболевания, а не травму.

Формулировки и коды травм и внешних причин, записанных в части 2 свидетельства, могут применяться для дополнительной статистической разработки по множественным причинам смерти.

Так как все травмы чаще всего бывают множественными, то выбор основного состояния и первоначальной причины смерти по характеру травмы в соответствии с обновлениями ВОЗ производится с 2013 года в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16).

При этом при двух и более травмах в качестве «основного» состояния и первоначальной причины смерти выбирают ту травму, у которой ранговое число меньше. Если имеются две тяжелые травмы с одинаковым ранговым числом, то выбор «основной» травмы в каждом конкретном случае производится судебно-медицинским экспертом с учетом патогенеза травмы и механизма смерти.

19.2. Статистика заболеваемости

Диагноз травмы для целей статистического учета выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи. При множественных травмах в качестве основной травмы выбирается только одна, наиболее тяжелая, в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16). Другие травмы должны быть указаны чаще как сопутствующие состояния.

Диагноз включает:

формулировку травмы и код из XIX класса и формулировку внешней причины и код из XX класса, явившейся причиной данной конкретной травмы. Внешняя причина всегда должна соответствовать характеру травмы.

Например:

Формулировка диагноза травмы по характеру –

Перелом основания черепа S02.1

Формулировка внешней причины –

Нападение с применением тупого предмета, на улице Y00.4

19.3. Статистика смертности

В свидетельствах в п. 22 части 1 в качестве первоначальной причины смерти указывают только одну наиболее тяжелую травму, выбранную в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16). Еще 1-3 тяжелые травмы, способствовавшие смерти записывают в части 2 свидетельства как прочие причины смерти.

Пример 19.1

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>отек мозга травматический</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	15 мин.	S	0	6	.	1	
б) <u>Травматическое субдуральное кровоизлияние</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	20 мин.	S	0	6	:	5	
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней							
г) <u>Нападение с применением тупого предмета, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	20 мин.	Y	0	0	:	4	
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Перелом основания черепа Термический ожог туловища третьей степени Нападение с применением огня, на улице	20 мин. 15 мин. 15 мин.	S02.1 T21.3 X97.4					

Если все травмы были вызваны одной внешней причиной, эту внешнюю причину указывают один раз на строке г) в части 1 свидетельства. Если травмы были вызваны разными внешними причинами, то травма с другой внешней причиной должна быть записана в части 2 свидетельства.

Пример 19.2

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) септический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	R	5	7	.	2
б) Термический ожог туловища третьей степени патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 часа	T	2	1	.	3
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) Воздействие пожара в здании школы внешняя причина при травмах и отравлениях	2 часа	X	0	0	.	2
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
Алкогольное опьянение острое (содержание в крови 2,5 ‰)	8 час.	F10.0				
Хронический алкоголизм	5 лет	F10.2				

19.4. Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36-T50).

19.4.1. Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения (T51-T65).

19.4.1.1. Статистика заболеваемости

Диагноз отравления выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи до 30 дней с момента отравления, при стационарном эпизоде – независимо от продолжительности госпитализации.

В качестве основного заболевания указывается отравление конкретным лекарственным средством или веществом по характеру отравления в соответствии с формулировками и кодами из XIX класса (T36-T50).

19.4.1.2. Определение первоначальной причины смерти в статистике смертности по характеру отравления

Если первоначальная причина – отравление, используют код по характеру отравления для отравления из класса XIX коды T36-T50). Если записано только одно токсическое вещество, кодируют это основное вещество по характеру отравления. Если записано несколько токсических веществ, определяют наиболее важное из них и кодируют по характеру отравления. Для определения наиболее важного вещества придерживаются следующих правил.

19.4.1.2.1. Если одно токсическое вещество уточнено как основное состояние в статистике заболеваемости или первоначальная причина смерти, кодируют это вещество.

Пример 19.3

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	G	9	3	.	6
б) <u>кома</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 час.	R	4	0	.	2
в) <u>Отравление героином</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	T	4	0	:	1
г) <u>Случайное отравление героином, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	2 сут.	X	4	2	:	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
Злоупотребление диазепамом	1 год	F13.1				
Злоупотребление амитриптилином	1 год	F19.1				

Записав в части 1 свидетельства только отравление, или передозировку героином, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил героин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть.

По характеру отравления кодируют отравление героином (T40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

В качестве первоначальной внешней причины смерти выбирают случайное отравление героином (X42 «Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках»).

Пример 19.4

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	G	9	3	.	6
б) <u>токсическая энцефалопатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 час.	G	9	2	.	X
в) <u>Токсическое действие этилового спирта</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	T	5	1	:	0
г) <u>Случайное отравление этиловым спиртом, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	2 сут.	X	4	5	:	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Злоупотребление героином Злоупотребление феназепамом Хронический алкоголизм	1 год 2 года 5 лет	F11.1 F13.1 F10.2				

Записав в части 1 свидетельства только отравление этиловым спиртом, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил этиловый спирт как наиболее важное вещество, повлекшее смерть.

По характеру отравления кодируют отравление этиловым спиртом (T51.0 «Токсическое действие этилового спирта»).

В качестве первоначальной внешней причины смерти выбирают случайное отравление алкоголем (X45 «Случайное отравление и воздействие алкоголем»).

19.4.1.2.2. Если причиной смерти указана комбинация алкоголя и лекарственных средств, первоначальную причину смерти кодируют по лекарственному средству.

Пример 19.5

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>токсическая энцефалопатия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 час.	G	9	2	.	X	
б) <u>Токсическое действие этилового спирта</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 час.	T	5	1	.	0	
в) <u>Токсическое действие флунитрозепама</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	T	4	2	:	4	
г) <u>Случайное отравление флунитрозепамом, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	2 сут.	X	4	1	:	0	
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Злоупотребление диазепамом Хронический алкоголизм	1 год 5 лет	F13.1 F10.2					

Записав токсическое действие флунитразепама и алкоголя в части 1, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил флунитразепам и этиловый спирт как наиболее важные вещества, повлекшие смерть. Из этих двух веществ выбирают отравление флунитразепамом, поскольку при комбинации алкоголя и лекарственного средства выбирают лекарственное средство.

По характеру отравления кодируют отравление флунитразепамом (T42.4 «Отравление противоэпилептическими, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами, бензодиазепинами»).

Как первоначальную внешнюю причину смерти выбирают случайное отравление флунитразепамом (X41 «Случайное отравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»).

19.4.1.2.3. Если нет соответствующей доступной комбинации ни в одной из рубрик, выбирают код первоначальной причины смерти по характеру отравления и кодируют в следующем приоритетном порядке:

1. Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], опиоидами, другими синтетическими наркотиками, другими и неуточненными наркотиками (T40.0–T40.4, T40.6).

Смерти, вызванные несколькими опиоидами, классифицируемые более чем в одной из четырехзначных подрубрик T40.0–T40.4, T40.6, должны быть расставлены в следующем приоритетном порядке:

- 1a. Отравление героином (T40.1)
- 1b. Отравление метадоном (T40.3)
- 1c. Отравление опиумом (T40.0)
- 1d. Отравление другими опиоидами (T40.2)
- 1e. Отравление другими синтетическими наркотиками (T40.4)
- 1f. Отравление другими и неуточненными наркотиками (T40.6)
2. Отравление средствами для ингаляционного и внутривенного наркоза, анестезирующими средствами неуточненными (T41.0–T41.2, T41.4), включая пропофол.
3. Отравление трициклическими и тетрациклическими антидепрессантами (T43.0)
4. Отравление барбитуратами (T42.3)
5. Отравление производными 4-аминофенола (T39.1), включая АРАР, ацетаминофен, парацетамол
6. Отравление антипсихотическими средствами и нейролептиками (T43.3–T43.5), включая фенотиазин, бутирофенон, тиоксантен и другие и неуточненные антипсихотические и нейролептические средства
7. Отравление противоэпилептическими средствами, противопаркинсоническими средствами и неуточненными седативными средствами (T42.0–T42.2, T42.5–T42.8)
8. Отравление кокаином (T40.5)
9. Отравление психостимулирующими препаратами с возможностью пристрастия к ним (T43.6), включая амфетамины и дериваты
10. Отравление антидепрессантами – ингибиторами моноаминоксидазы (MAO), антидепрессантами и другими неуточненными антидепрессантами (T43.1, T43.2), включая селективные ингибиторы серотонина (SSRIs), венлафаксин
11. Отравление бензодиазепинами (T42.4)
12. Отравление лекарственными средствами и веществами, не перечисленными выше.

Если указано более одного лекарственного средства, и все они расположены в одной и той же приоритетной группе, кодируют первое упомянутое средство.

Необходимо учесть, что для отравлений выбранная первоначальная причина не всегда соответствует коду характера отравления. Так, например, первоначальная причина может быть выражена комбинацией токсических веществ, но код характера отравления определяется по наиболее важному веществу.

Пример 19.6

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	4 час.	Т	4	0	.	5	
б) <u>кома</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 час.	Т	4	2	.	4	
в) <u>Токсическое действие героина, кокаина и</u> <u>диазепама</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	Т	4	0	:	1	
г) <u>Случайное отравление другими лекарственными</u> <u>средствами, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 сут.	X	4	4	:	0	
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический алкоголизм	6 лет	F10.2					

По характеру отравления кодируют отравление героином. В перечне приоритетов, приведенном выше, кокаин (Т40.5) находится в группе 8, героин (Т40.1) – в группе 1А, диазепам (Т42.4) – в группе 11. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

Так как ни одно из этих веществ не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, также нет отдельного кода рубрики для комбинации этих веществ, кодируют первоначальную внешнюю причину смерти рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами».

19.4.1.2.4. В случае смерти пациента, когда имеются заболевания, вызываемые употреблением алкоголя с упоминанием об отравлении алкоголем, первоначальную причину смерти выбирают с учетом следующих правил.

К71 Токсическая болезнь печени

с упоминанием о:

Т51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой
К70.-

К72 Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.4

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.4

K73 Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках
с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.1

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.1

K74.0 Фиброз печени

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.2

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.2

K74.1 Склероз печени

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.2

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.2

K74.2 Склероз печени с фиброзом печени

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.2

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой
K70.2

K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.3

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой
K70.3

K75.9 Воспалительная болезнь печени неуточненная

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.1

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.1

K76.0 Жировая(ое) дистрофия (изменение) печени, не
классифицированная(ое) в других рубриках

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.0

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.0

K76.9 Болезнь печени неуточненная

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K70.9

T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют рубрикой K70.9

K85.9 Острый панкреатит неуточненный

с упоминанием о:

F10.- (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), кодируют рубрикой K85.2

19.5. Некоторые ранние осложнения травм (T79)

Травматический шок (T79.4) – в статистике заболеваемости используется как осложнение различных травм, а в статистике смертности – в качестве непосредственной причины смерти.

19.5. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (T80-T88)

Осложнения, классифицированные в данном блоке, могут иметь различные внешние причины и относятся к полномочиям врачей судебно-медицинских экспертов.

Пример 19.7

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острая постгеморрагическая анемия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	20 мин.	D	6	2	.	X
б) <u>Кровотечение, осложнившее операцию</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	30 мин.	T	8	1	:	0
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Случайная перфорация сосуда с кровотечением, осложнившая операцию</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	30 мин.	Y	6	0	:	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: гастрэктомия (дата)	6 лет	F10.2				

При кодировании конкретных состояний, необходимо учитывать исключения (МКБ-10, 1995, том 1, часть 2, стр. 352) во избежание ошибок.

Данные осложнения, как следствие внешних причин чаще всего следует рассматривать как основные состояния в статистике заболеваемости и как первоначальные причины по характеру травмы в статистике смертности.

19.6. Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (T90-T98)

Состояния из блока T90-T98 в статистике заболеваемости не применяются. Вместо них должны быть использованы формулировки и коды конкретных состояний, которые остались после перенесенных травм. Например, посттравматическая гидроцефалия (G91.3), как следствие травмы черепа; контрактура сустава (M24.5) как следствие перелома и др.

В статистике смертности коды T90-T98 могут быть использованы в качестве первоначальной причины смерти без расшифровки. Логическая последовательность патогенеза процесса умирания обязательна.

Двойное кодирование обязательно. Коды последствий травм должны соответствовать кодам последствий воздействия внешних причин смертности XX класса (Y85-Y89).

Глава 20. Особенности учета, кодирования и выбора внешней причины в качестве основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности»

Состояния из данного класса используются как обязательные вторые коды при двойном кодировании травм и отравлений (XIX класс), а также как дополнительные коды для определения лекарственного средства, вызвавшего, например, медикаментозно обусловленные состояния (некоторые анемии, неврологические, сосудистые, дыхательные и другие расстройства).

Этот класс содержит следующие блоки:

V01-X59 Несчастные случаи

V01-V99 Транспортные несчастные случаи

V01-V09 Пешеход, пострадавший в транспортном несчастном случае

V10-V19 Велосипедист, пострадавший в транспортном несчастном случае

V20-V29 Мотоциклист, пострадавший в транспортном несчастном случае

V30-V39 Лицо, находившееся в трехколесном мототранспортном средстве, пострадавшее в транспортном несчастном случае

V40-V49 Лицо, находившееся в легковом автомобиле, пострадавшее в транспортном несчастном случае

V50-V59 Лицо, находившееся в грузовом автомобиле типа пикап или фургоне, пострадавшее в транспортном несчастном случае

V60-V69 Лицо, находившееся в тяжелом грузовом автомобиле, пострадавшее в транспортном несчастном случае

V70-V79 Лицо, находившееся в автобусе, пострадавшее в транспортном несчастном случае

V80-V89 Несчастные случаи, связанные с другими наземными транспортными средствами

V90-V94 Несчастные случаи на водном транспорте

V95-V97 Несчастные случаи на воздушном транспорте и при космических полетах

V98-V99 Другие и неуточненные транспортные несчастные случаи

W00-X59 Другие внешние причины травм при несчастных случаях

W00-W19 Падения

W20-W49 Воздействие неживых механических сил

W50-W64 Воздействие живых механических сил

W65-W74 Случайное утопление или погружение под воду

W75-W84 Другие несчастные случаи, связанные с угрозами дыханию

- W85-W99 Несчастные случаи, вызванные воздействием электрического тока, излучения и крайних значений уровней температуры окружающей среды и атмосферного давления
- X00-X09 Воздействие дыма, огня и пламени
- X10-X19 Контакт с горячими и раскаленными веществами
- X20-X29 Контакт с ядовитыми животными и растениями
- X30-X39 Воздействие сил природы
- X40-X49 Случайное отравление и воздействие ядовитых веществ
- X50-X57 Перенапряжения, путешествия и лишения
- X58-X59 Случайное воздействие других и неуточненных факторов
- X60-X84 Преднамеренное самоповреждение
- X85-Y09 Нападение
- Y10-Y34 Повреждение с неопределенными намерениями
- Y35-Y36 Действия, предусмотренные законом, и военные операции
- Y40-Y84 Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств
 - Y40-Y59 Лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при их терапевтическом применении
 - Y60-Y69 Случайное нанесение вреда больному при выполнении хирургических вмешательств и оказании медицинской помощи
 - Y70-Y82 Медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и терапевтических целей
 - Y83-Y84 Хирургические и другие медицинские процедуры как причина аномальной реакции или позднего осложнения у пациента, без упоминания о случайном нанесении ему вреда во время их выполнения
- Y85-Y89 Последствия внешних причин заболеваемости и смертности
- Y90-Y98 Дополнительные факторы, имеющие отношение к болезни и смерти, классифицированные в других рубриках

Трехзначные рубрики XX класса (W00-Y34) используются со следующими четырехзначными подрубриками:

- рубрики V01-V99 имеют свои подрубрики, общие для каждого блока;
- рубрики W26, X34, X47, X59, X67, X88, Y06, Y07, Y17 имеют свои подрубрики;
- остальные рубрики W00-Y34 (кроме перечисленных выше) в качестве четвертого знака используют **код места происхождения** (МКБ-10, 1995, том1, часть 2, стр. 375-379).

Код места происхождения

.0

Дом

Квартира

Пансион

Стоянка для жилых автоприцепов

Жилой дом на ферме

Домашние помещения

Здание (жилое)

Необычное место жительства

Частная(ый):

- подъездная дорога к дому
- гараж
- сад у дома
- двор у дома

Плавательный бассейн в частном доме или саду

Исключено: покинутый или заброшенный дом (.8)

дом, находящийся в стадии строительства но еще
не заселенный (.6)

ведомственное место проживания (.1)

.1

Учреждение для проживания

Детский дом

Общежитие

Интернат для инвалидов

Хоспис

Военный лагерь

Дом для престарелых

Дом ребенка

Дом для пенсионеров

Тюрьма

Исправительная школа

.2

Школа, другие учреждения и общественный административный район

Здания (включая примыкающие участки), используемые как места общего пользования или для пребывания отдельных групп населения, такие как:

- зал заседаний
- студенческий городок
- церковь
- кинотеатр
- клуб
- колледж
- здание суда

- танцевальный зал
- дневной стационар
- галерея
- больница
- высшее учебное заведение
- детский сад
- библиотека
- кинозал
- музей
- концертный зал
- оперная студия
- почта
- зал для собраний
- школа (частная) (общественная) (государственная)
- театр
- университет
- молодежный центр

Исключено: строящееся здание (.6)

учреждение для проживания (.1)

площадки для занятий спортом и спортивных
соревнований (.3)

.3 Площадки для занятий спортом и спортивных соревнований

Бейсбольное поле

Баскетбольная площадка

Крикетная площадка

Футбольное поле

Поле для гольфа

Гимнастический зал

Хоккейное поле

Школа верховой езды

Каток

Площадка для игры в сквош

Стадион

Плавательный бассейн (общественный)

Теннисный корт

Исключено: плавательный бассейн или теннисный корт в частном
доме или в саду (.0)

.4 Улица или автомагистраль

Проезжая часть

Автострада

Тротуар

Дорога

Обочина

.5 Зона торговли и обслуживания

Аэропорт

Банк

Кафе

Казино

Гараж (коммерческий)

Газозаправочная станция

Отель

Рынок

Административное здание

Бензозаправочная станция

Радио- или телевизионная станция

Ресторан

Станция обслуживания

Магазин (коммерческий)

Торговый пассаж

Станция (автобусная) (железнодорожная)

Магазин

Супермаркет

Склад

Исключено: гараж в частном доме (.0)

.6 Производственная и строительная зона

Строящееся здание (любое)

Верфь

Сухой док

Фабричное(ая):

- здание
- территория

Газовый завод

Промышленные складские помещения

Шахта

Буровая вышка и другие сопутствующие сооружения

Карьер (угольный) (гравийный) (песчаный)

Электростанция (угольная) (атомная) (нефтяная)

Судостроительное предприятие

Строящийся тоннель

Цех [мастерская]

.7 Ферма

Фермерские:

- строения
- возделываемые земли

Ранчо

Исключено: жилой дом и домашние помещения на ферме (.0)

.8 Другие уточненные места

Пляж
Лагерь
Канал
Место стоянки домов-фургонов БДУ
Покинутый дом
Пустыня
Док БДУ
Лес
Порт
Холм
Озеро
Болото
Военный полигон
Гора
Парк (развлечений) (общественный)
Место стоянки автомобилей
Водоем или бассейн
Степь
Общественное место БДУ
Железнодорожные пути
Река
Море
Морской берег
Поток [ручей]
Топь
Водохранилище
Зоопарк

.9 Неуточненное место

В качестве дополнительного пятого знака при необходимости может быть использован код вида деятельности (МКБ-10, 1995, том 1, часть 2, стр. 379-380).

В статистике заболеваемости в качестве основного состояния выбирается только одно состояние из XIX класса. Если это состояние – травма (S00-S99), то одна наиболее тяжелая выбирается в соответствии с таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 8). С учетом двойного кодирования, вторым основным состоянием указывается внешняя причина – ее формулировка и код XX класса.

В статистике смертности указываются две первоначальные причины: первая – по характеру травмы (отравления), вторая – внешняя причина.

Внешние причины подразделяются на 4 основные подгруппы:

- несчастные случаи (V01-X59);
- преднамеренные самоповреждения, для статистики смертности – это самоубийства (X60-X84);
- нападения, для статистики смертности – это убийства (X85-Y09);
- повреждение с неопределенными намерениями, когда неизвестно к какой из вышеуказанных подгрупп эти внешние причины относятся (Y10-Y34).

Кроме этих подгрупп имеются и другие подгруппы (Y35-Y98)

Одна и та же травма может иметь как минимум 4 различные внешние причины. Например, травма черепа может произойти в результате несчастного случая, самоповреждения, нападения или с неопределенными намерениями. Также может быть результатом военных действий, хирургических вмешательств и т.д.

20.1. Транспортные несчастные случаи (V01-V99)

Транспортные несчастные случаи подразделяются на 12 блоков в зависимости от вида транспортного средства.

Исключены:

- несчастные случаи с людьми, участвовавшими в обслуживании или ремонте транспортного оборудования или транспортного средства (не в движении) за исключением ранения другим транспортным средством, находившимся в движении (W00-X59)
- несчастные случаи с вовлечением транспортных средств, но не имеющие отношения к опасностям, связанным с транспортными средствами, например, раны, полученные в борьбе на борту судна; транспортное средство, попавшее в катастрофу; палец, поврежденный при закрытии автомобильной двери (W00-X59)
- преднамеренное самоповреждение (X81-X83)
- нападение путем наезда моторным транспортным средством (Y03)
- повреждения неуточненные как случайные или преднамеренные (Y31-Y33)

20.1.1. Определения.

Транспортный несчастный случай (V01-V99) - любой несчастный случай, связанный с устройством, которое предназначено главным образом или используется в данное время для перевозки пассажиров или грузов.

Транспортные несчастные случаи подразделяются на дорожные (ДТП) и не дорожные.

Дорожный несчастный случай (дорожно-транспортный, или ДТП) – это любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, произошедший на общественной автомагистрали [т.е. начинающийся, заканчивающийся или частично связанный с нахождением этих средств на автомагистрали].

Недорожный несчастный случай – любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, происшедший полностью в любом месте, кроме общественной автомагистрали.

Общественная автомагистраль (шоссе) или улица – вся ширина полосы между границами владений или другими ограничительными линиями всякого проезжего пути или места, какая-либо часть которого открыта для движения общественного транспорта или отдельных лиц согласно обычаю или закону. Проезжая часть – это часть общественной дороги, предназначенная, поддерживаемая и обычно используемая для движения транспортных средств.

Если происшествие не уточнено как дорожное или недорожное, его следует рассматривать как:

- дорожный несчастный случай, когда случай можно классифицировать в рубриках V10-V82 и V87.
- недорожный несчастный случай, когда его можно классифицировать в рубриках V83-V86. Относимые к этим рубрикам пострадавшие – это или пешеходы, или пассажиры, главным образом, внедорожных транспортных средств.

Когда несчастный случай связан с более чем одним видом транспортных средств, должен быть использован следующий порядок в приоритетности рубрик:

- воздушный и космический транспорт - (V95-V97)
- водный транспорт (V90-V94)
- другие виды транспорта (V01-V89, V98-V99)

Если в описании транспортного несчастного случая не указано, что пострадавший являлся пассажиром транспортного средства, но отмечено, что имело место раздавливание, волочение, удар, ранение, гибель, опрокидывание, переезд, то пострадавший считается пешеходом (V01-V09).

Если транспортный несчастный случай был связан с заносом транспортного средства, или выходом его из-под контроля в результате прокола шины, засыпания или невнимательности водителя, превышения скорости, поломки механической части транспортного средства и произошло столкновение, то такой случай классифицируют как столкновение. Если

столкновение не произошло, классифицируют несчастный случай без столкновения в соответствии с типом транспортного средства.

Если транспортный несчастный случай с **движущимся** транспортным средством произошел по причине отравления отработанным газом, поломки любой части, взрыва, пожара внутри транспортного средства, удара предметом, падения, выпрыгивания или столкновения и произошло столкновение, то такой случай классифицируют как столкновение. Если столкновение не произошло, классифицируют несчастный случай без столкновения в соответствии с типом транспортного средства.

Опрокидывание (без столкновения), включено в рубрики V18.-, V28.-, V38.-, V48.-, V58.-, V68.- и V78.-;

Столкновение с животным (в стаде) (находящемся без присмотра) включено в рубрики V10.-, V20.-, V30.-, V40.-, V50.-, V60.- и V70.- ;

Столкновение с гужевым транспортным средством или животным под седлом, включено в рубрики V16.-, V26.-, V36.-, V46.-, V56.-, V66.- и V76.-.

В случае смерти пациента от транспортного несчастного случая при оформлении учетной формы №106/у «Медицинское свидетельство о смерти», утвержденной приказом Минздрава России от 15.04.2021 г. №352-н, необходимо придерживаться следующих правил.

Свидетельства оформляются судебно-медицинскими экспертами после проведения судебно-медицинского исследования трупа – или непосредственно после вскрытия (выдается предварительное или окончательное свидетельство), или в течение 45 дней по окончании дополнительных лабораторных и инструментальных исследований (выдается окончательное взамен предварительного или окончательное взамен окончательного свидетельства).

В пункте 18 свидетельства в случае транспортного несчастного случая отмечают: «несчастный случай, не связанный или связанный с производством». Случай, связанный с производством отмечают, если место происшествия (например, автомагистраль) совпадает с местом работы погибшего. Другие подпункты пункта 18 в случае транспортных несчастных случаев выбраны быть не могут.

В пункте 19 свидетельства указывают: число, месяц, год, время, место происшествия и обстоятельства, при которых произошла травма. Обстоятельства ДТП должны быть обязательно взяты из материалов дела или материалов доследственной проверки. Эти сведения по степени информативности должны быть достаточными для правильной формулировки и кодирования внешней причины несчастного случая.

В соответствии с МКБ-10 в свидетельстве должны быть правильно отражены обстоятельства транспортного несчастного случая, включая дорожно-транспортное происшествие (ДТП):

- Участники транспортного несчастного случая, включая ДТП – пешеход; водитель; пассажир; лицо, находящееся снаружи транспортного средства;
- Транспортное средство – велосипед; мотоцикл; автомобиль (легковой, пикап или фургон; грузовой; автобус); трамвай; троллейбус; специальное транспортное средство;
- Обязательным условием транспортного несчастного случая, включая ДТП, является нахождение транспортного средства в движении;
- Вид транспортного несчастного случая, включая ДТП – столкновение с другим транспортным средством (указать каким), столкновение с закрепленным или стационарным объектом (указать каким), опрокидывание, без столкновения, другие обстоятельства;
- ДТП классифицируется тогда, когда местом происшествия является «общественная магистраль [шоссе] или улица».

Транспортные несчастные случаи, которые произошли вне общественной магистрали или улицы, должны квалифицироваться как недорожные.

Если обстоятельства неизвестны, то такой случай не может быть квалифицирован, как «транспортный несчастный случай».

В пункте 23 в случае смерти только от ДТП отмечают, в течение какого времени наступила смерть: в течение 30 суток, из них: в течение 7 суток.

На строке г) должна быть записана формулировка внешней причины, соответствующая объективно установленным обстоятельствам происшествия, например, «Пешеход, пострадавший при столкновении с легковым автомобилем, дорожный несчастный случай», «Пассажир легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с грузовым автомобилем, дорожный несчастный случай».

На строках а), б) и в) производится запись основной травмы с осложнениями.

В часть 2 пункта 22 судебно-медицинский эксперт, с учетом особенностей конкретного случая вносит еще 1-2 другие тяжелые травмы, не квалифицируемые как «основное» состояние.

Так же в этой части записывают те сопутствующие «основному» состоянию травмы, отравления, заболевания или патологические состояния, а также фоновые и конкурирующие состояния, которые имелись у погибшего и способствовали его смерти (утяжили «основную» травму и ускорили наступление смерти).

В данной части следует указывать факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача,

имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Заполнение графы «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» является обязательным.

При составлении логической последовательности следует помнить, что период времени между началом патологического процесса и смертью на строке ниже не может быть меньше периода, записанного на строке выше. Если пострадавший сразу погиб от полученной в ДТП травмы, то эти промежутки могут быть равны или «неизвестны».

Сведения, записанные в свидетельстве, должны полностью соответствовать посмертному диагнозу в первичной медицинской документации.

В первичной медицинской документации («Заключение эксперта», «Заключение специалиста») должен быть правильно оформлен посмертный рубрифицированный (представленный в виде самостоятельных разделов) судебно-медицинский диагноз пациента:

- «основное» состояние - травма;
- осложнения «основного» состояния – травмы, т.е. патологические состояния, причинно связанные с травмой, сгруппированные по степени тяжести;
- внешняя причина «основного» состояния – травмы в формулировке МКБ-10;
- фоновые и конкурирующие заболевания и патологические состояния;
- сопутствующие «основному» состоянию травмы, отравления, заболевания, патологические состояния, операции, а также употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ.

Источником информации о наличии при жизни пациента различных заболеваний является листок уточненных диагнозов «Медицинской карты амбулаторного пациента».

Первоначальная причина смерти должна быть выбрана в строгом соответствии с правилами МКБ-10 (том 2) и инструктивными документами Минздрава России. Желательно использование автоматизированной системы, имеющей возможность автоматического выбора первоначальной причины смерти для уменьшения числа ошибок при кодировании.

Код внешней причины должен соответствовать ее формулировке и полученной травме.

Пример 20.1

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек головного мозга травматический</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	40 мин	S	0	6	.	1
б) <u>Кровоизлияние субдуральное травматическое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сутки	S	0	6	.	5
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Столкновение пешехода с легковым автомобилем, травма пешехода, дорожный несчастный случай</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 сутки	V	0	3	.	1
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Перелом основания черепа</u> <u>Перелом тела бедренной кости</u> <u>Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2‰)</u>	1 сутки 1 сутки 1 сутки	S02.1 S72.3 F10.0				

Пример 20.2

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>гиповолемический травматический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	T	7	9	.	4
б) <u>травматический гемопневмоторакс</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 часа	S	2	7	.	2
в) <u>Разрыв левого легкого</u> первоначальная причина смерти указывается последней	3 часа	S	2	7	.	3
г) <u>Столкновение легкового и тяжелого грузового автомобилей, травма пассажира легкового автомобиля, дорожный несчастный случай</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	3 часа	V	4	4	.	6
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Множественные переломы ключицы, лопатки и плечевой кости</u> <u>Множественные переломы ребер</u>	3 часа 3 часа	S42.7 S22.4				

Пример 20.3

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) кома болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	20 мин.	S	0	6	.	7
б) травматическое субдуральное кровоизлияние патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	45 мин.	S	0	6	.	5
в) Открытый перелом теменной кости первоначальная причина смерти указывается последней	45 мин.	S	0	2	.	0
г) Опрокидывание автобуса, травма пассажира, дорожный несчастный случай внешняя причина при травмах и отравлениях	45 мин.	V	7	8	.	6
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Множественные переломы шейных позвонков Операция: трепанация черепа (дата, время)	45 мин.	S12.7				

Пример 20.4

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) травматический шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	3 часа	T	7	9	.	4
б) Травма нескольких внутрибрюшных органов патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 суток	S	3	6	.	7
в) первоначальная причина смерти указывается последней						
г) Столкновение велосипеда с трактором, травма велосипедиста-водителя, дорожный несчастный случай внешняя причина при травмах и отравлениях	2 суток	V	1	9	.	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза	2 суток	S 32.7				

20.2. Другие внешние причины травм при несчастных случаях

20.2.1. Падения (W00-W19)

Пример 20.5

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек головного мозга травматический</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	S	0	6	.	1
б) <u>Кровоизлияние субарахноидальное</u> <u>травматическое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 час.	S	0	6	.	6
в) <u>Ушиб головного мозга</u> первоначальная причина смерти указывается последней		S	0	6	.	2
г) <u>Падение на поверхности одного уровня, покрытой льдом, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	4 час.	W	0	0	.	4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Перелом затылочной кости</u> <u>Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2‰)</u>	4 час. 1 сутки	S02.1 F10.0				

20.2.2. Случайное утопление

Пример 20.6

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Утопление</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	T	7	5	.	1
б) патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Утопление во время нахождения в естественном водоеме, в озере</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	5 мин.	W	6	9	.	8
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) <u>Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 3‰)</u>	1 сутки	F10.0				

20.2.3. Другие несчастные случаи с угрозой дыханию (W75-W84)

Пример 20.7

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Асфиксия вследствие попадания инородного тела в гортань</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 мин.	T	1	7	.	3
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Закупорка дыхательных путей инородным телом, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 мин.	W	6	9	.	8
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

20.2.4. Воздействие дыма, огня и пламени

Пример 20.8

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>шок травматический</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	T	7	9	.	4
б) <u>Термические ожоги головы и шеи третьей степени</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 часа	T	2	0	.	3
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Воздействие пожара в здании, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	3 часа	X	0	0	.	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						
<u>Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2,5‰)</u>	2 сут.	F10.0				

20.2.5. Воздействие сил природы (X30-X39)

Пример 20.9

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Замерзание</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	4 часа	T	6	9	.	9
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Воздействие холода, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	4 часа	X	3	1	.	4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2‰)	2 сут.	F10.0				

20.2.6. Случайное отравление и воздействие ядовитыми веществами (X40-X49)

Пример 20.10

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	G	9	3	.	6
б) <u>токсическая энцефалопатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 час.	G	9	2	.	X
в) <u>Отравление амфетамином</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	T	4	3	.	6
г) <u>Случайное отравление амфетамином, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 сут.	X	4	1	.	4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Злоупотребление героином Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций	1 год 6 мес.	F11.1 B20.7				

20.3. Преднамеренное самоповреждение (X60-X84)

В статистике заболеваемости формулировка внешней причины и ее код являются обязательными в рамках двойного кодирования наряду с формулировкой и кодом основной травмы и ее кода.

В статистике смертности формулировка и код внешней причины являются первоначальной причиной смерти наряду с формулировкой и кодом основной травмы и ее кода.

Пример 20.11

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>Размозжение черепа</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 мин.	S	0	7	.	1
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Преднамеренное самовреждение путем выстрела из ручного огнестрельного оружия, дома</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 мин.	X	7	2	:	0
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2,5‰)	1 сут.	F10.0				

20.4. Нападение (X85-Y09)

В данный блок включены:

- убийства;
- повреждения, причиненные другим лицом с целью нанесения увечья или убийства с помощью любых средств

Исключены: повреждения вследствие:

- предусмотренных законом действий (Y35.-);
- военных действий (Y36.-)

В статистике заболеваемости и смертности используется двойное кодирование: формулировки и коды травм и внешних причин используются как равнозначные.

Пример 20.12

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
I а) <u>воздушная эмболия травматическая</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 мин.	T 7 9 . 0
б) <u>Травма нескольких кровеносных сосудов на уровне шеи</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 мин.	S 1 5 : 7
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней		
г) <u>Нападение с применением ножа, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 мин.	X 9 9 . 4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		

20.5. Повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34)

Пример 20.13

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
I а) <u>травматический шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	T 7 9 . 4
б) <u>Множественные переломы костей таза на уровне шеи</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	5 мин.	S 3 2 : 7
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней		
г) <u>Падение с высоты второго этажа дома с неопределенными намерениями, на улице</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	5 мин.	X 3 0 : 4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)		
Множественные переломы ребер	5 мин.	S22.4
Алкогольное опьянение острое (содерж. в крови 2‰)	1 сут.	F10.0

20.6. Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (Y40-Y84)

В данный блок включены:

- осложнения, связанные с медицинскими приборами и устройствами
- любые неблагоприятные реакции, связанные с правильно назначенным и примененным в терапевтических или профилактических дозах лекарственным средством
- случайное причинение вреда пациенту во время хирургического и терапевтического вмешательства
- хирургические и терапевтические процедуры как причина аномальной реакции пациента или позднего осложнения, без упоминания о случайном причинении вреда пациенту во время их выполнения

Исключены:

- случайная передозировка лекарства, неправильное назначение или прием лекарственного средства по ошибке (X40-X44)

Следует обратить внимание, что осложнения после операций, не связанные с самим вмешательством (например, кровотечение после операции, не связанное с ее проведением) не относятся к данному блоку, так как не имеют внешней причины; в такой ситуации первоначальной причиной выбирают то заболевание, по поводу которого была проведена операция, а в части 2 свидетельства записывают название операции и ее дату, которая не должна превышать 4-х недель.

Пример 20.14

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) Анафилактический шок на внутривенное введение верографина болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 мин.	Т	8	8	.	6
б) _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) Верографин как причина неблагоприятной реакции при терапевтическом применении внешняя причина при травмах и отравлениях	5 мин.	Y	5	7	.	4
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

20.7. Последствия воздействия внешних причин заболеваемости и смертности (Y85-Y89)

Данные рубрики используются только с рубриками последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин из XIX класса (T90-T98).

Коды «Последствий травм и отравлений»	Коды «Последствий воздействия внешних причин заболеваемости и смертности»
T90-T97	Y85-Y87
T98.0-2	Y89
T98.3	Y88

Глава 21. Особенности учета и кодирования при факторах, влияющих на состояние здоровья и обращения в медицинские организации (класс XXI)

Рубрики данного класса (Z00-Z99) предназначены для использования в качестве диагноза, когда состояния не относятся к заболеваниям, травмам или внешним причинам (A00-Y98), а характеризуют другие состояния.

Таким образом, эпизоды медицинской помощи или обращения в учреждения здравоохранения могут быть не только по причине лечения или обследования по поводу текущей болезни или травмы.

Данная ситуация может возникнуть:

- когда человек, в данное время не обязательно являющийся больным, обращается в медицинскую организацию с особой целью, такой как получение ограниченного объема помощи или обслуживания в связи с текущим состоянием: в качестве донора органа или ткани, для профилактической вакцинации или для обсуждения проблемы, которая сама по себе не является болезнью или травмой;
- когда существуют обстоятельства или проблемы, влияющие на состояние здоровья, однако, сами по себе не вызванные текущей болезнью или травмой. Такие факторы могут быть обнаружены в ходе обследования состояния здоровья населения, во время которых человек может быть болен или здоров, или могут быть зарегистрированы как дополнительные обстоятельства, которые следует иметь в виду при получении медицинской помощи при заболевании или травме.

Такие обращения и детали соответствующих обстоятельств, записанные в диагнозе, должны регистрироваться в качестве «основного» состояния.

Состояния их XXI класса используются только в статистике заболеваемости. В отчетной Форме № 12 они показываются «кроме того» и не входят в показатели заболеваемости, так как заболеваниями не являются.

В статистике смертности состояния из XXI класса не используются.

Данный класс содержит следующие блоки:

- Z00-Z13 Обращения в медицинские организации для медицинского осмотра и обследования
- Z20-Z29 Потенциальная угроза здоровью, связанная с инфекционными болезнями
- Z30-Z39 Обращения в медицинские организации, в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции
- Z40-Z54 Обращения в медицинские организации, в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи
- Z55-Z65 Потенциальная угроза здоровью, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами
- Z70-Z76 Обращения в медицинские организации, в связи с другими обстоятельствами

Z80-Z99 Потенциальная угроза здоровью, связанная с семейным и личным анамнезом и отдельными состояниями, влияющими на здоровье

Примеры наиболее часто используемых формулировок с кодами:

Медицинские осмотры - Z00

Обследования - Z01

Обращения в связи с получением медицинских документов
(нетрудоспособности, инвалидности, свидетельства о смерти и др.) -
Z02.7

Общая проверка здоровья определенных подгрупп населения - Z10

Контакт с больными инфекционными болезнями - Z20

Носительство возбудителя инфекционной болезни - Z22

Введение внутриматочного противозачаточного средства - Z30.1

Искусственное оплодотворение - Z31.1

Наблюдение за течением нормальной беременности - Z34

Смена хирургических повязок и удаление швов - Z48.0

Экстракорпоральный диализ - Z49.1

Реабилитационные процедуры - Z50

Химиотерапия по поводу новообразования - Z51.1

Паллиативная помощь - Z51.5

Состояние выздоровления - Z54

Консультирование по вопросам питания - Z71.3

Выдача повторного рецепта на медикаменты, очки - Z76.0

В личном анамнезе злокачественное новообразование – Z85

Глава 22. Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XXII «Коды для особых целей» (U00-U85)

Данный класс является дополнительным, в него включают диагнозы новых заболеваний, место которых в других классах еще не определено. В классе имеются также резервные коды ВОЗ, предназначенные для новых заболеваний, как, например, COVID-19.

В данный класс входят следующие блоки:

U00 – U49 Временное обозначения новых диагнозов неясной этиологии или использование в экстренных случаях

U82 – U85 Устойчивость к противомикробным и противоопухолевым лекарственным средствам

22.1. Блок U00-U49 Временное обозначения новых диагнозов неясной этиологии или использование в экстренных случаях

Коды U00-U49 предназначены ВОЗ для временного обозначения новых заболеваний неопределенной этиологии.

В настоящее время включает следующие состояния:

U04 Тяжелый острый респираторный синдром [ТОРС, SARS]

**U04.9 Тяжелый острый респираторный синдром [ТОРС, SARS]
неуточненный**

Исключены: COVID-19, вирус идентифицирован (U07.1)
COVID-19, вирус не идентифицирован (U07.2)

U07 Использование в чрезвычайной ситуации рубрики U07

Примечание: В чрезвычайных ситуациях коды не всегда доступны в электронных системах. Детализация рубрики U07 в том виде, как это делается здесь, обеспечит доступность этой рубрики и ее подразбук в любой электронной системе в любое время и их немедленное использование по указанию ВОЗ.

U07.0 Расстройство, связанное с вейпингом

При необходимости идентифицировать пневмонию или другие проявления используют дополнительный код.

**U07.1 COVID-19, вирус идентифицирован
COVID-19 БДУ**

Используют этот код, когда COVID-19 был подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов.

При необходимости идентифицировать пневмонию или другие проявления используют дополнительный код.

Искл.: коронавирусная инфекция неуточненной локализации (B34. 2)

Коронавирус как причина болезней, классифицированных
в других рубриках (B97.2)

Тяжелый острый респираторный синдром [SARS] неуточненный
(U04. 9)

U07.2 COVID-19, вирус не идентифицирован

Используют этот код, когда COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны.

При необходимости идентифицировать пневмонию или другие проявления используют дополнительный код.

Исключены: коронавирусная инфекция неуточненной локализации (B34. 2)
COVID-19:

- подтвержден лабораторным исследованием (U07. 1)
- специальное скрининговое обследование (Z11.5)
- подозрение, но исключенное отрицательными лабораторными результатами (Z03. 8)

U07.3 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.3

U07.4 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.4

U07.5 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.5

U07.6 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.6

U07.7 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.7

U07.8 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.8

U07.9 Использование в чрезвычайной ситуации подрубрики U07.9

U08 В личном анамнезе COVID-19

U08.9 В личном анамнезе COVID-19, неуточненный

Примечание: Этот необязательный код используется для записи более раннего эпизода COVID-19, подтвержденного или вероятного, который влияет на состояние здоровья человека, и человек больше не страдает от COVID-19. Этот код не следует использовать для первичного кодирования смертности.

U09 Состояние после COVID-19

U09.9 Состояние после COVID-19, неуточненное

Примечание: Этот необязательный код служит для установления связи с COVID-19. Этот код не должен использоваться в случаях, когда все еще имеется COVID-19.

U10 Мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19

U10.9 Мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19, неуточненный

Цитокиновый шторм

Кавасаки-подобный синдром

Детский воспалительный мультисистемный синдром (PIMS)

Мультисистемный воспалительный синдром у детей (MIS-C)

Исключен: Слизисто-кожный лимфонулярный синдром [Кавасаки] (M30.3)

} Временно
связанный
с COVID-19

U11 Необходимость иммунизации против COVID-19

U11.9 Необходимость иммунизации против COVID-19 неуточненная

Примечание: Этот код не должен использоваться для международного сравнения или для первичного кодирования смертности. Этот необязательный код предназначен для использования, когда лицо, которое может или не может быть больным, обращается в медицинские организации с конкретной целью получения вакцины против COVID-19.

Профилактическая вакцинация от COVID-19

Исключена: непроведенная иммунизация (Z28.-)

U12 Вакцины против COVID-19, вызывающие неблагоприятные реакции при терапевтическом применении

U12.9 Вакцины против COVID-19, вызывающие неблагоприятные реакции при терапевтическом применении, неуточненные

Примечание: Этот код должен использоваться как код внешней причины (т.е. как подрубрика рубрики Y59 «Другие и неуточненные вакцины и биологические вещества»). В дополнение к этому, следует использовать код из другого класса классификации, указывающий на характер неблагоприятного воздействия.

Правильное использование вакцины против COVID-19 с профилактической целью как причина любой неблагоприятной реакции.

22.1.1. COVID-19

22.1.1.1. Случаи, связанные с COVID-19, в статистике заболеваемости

Диагноз «COVID-19» для статистического учета в статистике заболеваемости должен быть выставлен в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Диагноз устанавливается на основании типичных жалоб, анамнеза, объективных данных и информации о дополнительных методах обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных). В медицинской документации обязательно отражается обоснование установленного диагноза в случаях, связанных с COVID-19.

При обращении в медицинскую организацию заболевание, по поводу которого пациент обратился в данном эпизоде, выбирают в качестве основного.

Для целей статистического учета, в случаях, связанных с COVID-19, заключительный клинический диагноз и его код по МКБ-10 заносится в Талон или в Статкарту.

Примерные формулировки нозологических компонентов диагнозов, связанных с COVID-19:

1. COVID-19, положительный результат теста на вирус	U07.1
2. COVID-19	U07.1
3. COVID-19, вирус не идентифицирован	U07.2
4. Подозрение на COVID-19	U07.2
5. Подозрение на COVID-19, тест не проведен	U07.2
6. Подозрение на COVID-19, исключенное отрицательным результатом теста на вирус	Z03.8
7. Наблюдение при подозрении на COVID-19	Z03.8
8. Носительство возбудителя COVID-19	Z22.8
9. Контакт с больным COVID-19	Z20.8
10. Скрининговое обследование с целью выявления COVID-19	Z11.5
11. Изоляция	Z29.0
12. В личном анамнезе COVID-19	U08.9
13. Состояние после COVID-19	U09.9
14. Необходимость иммунизации против COVID-19	U11.9
15. В случае аномальной реакции на введение вакцины применяется двойное кодирование, например: Основное заболевание: Анафилактический шок, связанный с введением вакцины против COVID-19	T88.6
Внешняя причина: Вакцина против COVID-19, вызвавшая неблагоприятную реакцию	Y59.0
дополнительный (необязательный) код	U12.9

Диагноз «COVID-19» без дополнительных уточнений (БДУ) означает, что диагноз заболевания установлен, обоснован и подтвержден лабораторным тестом.

Осложнения основного заболевания в статистике заболеваемости в случаях, связанных с COVID-19, не кодируются и не регистрируются. Регистрации подлежат: основное заболевание и все записанные фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания для включения в отчетную Форму № 12.

При необходимости получения информации о частоте осложнений COVID-19 для проведения анализа может быть проведено выборочное статистическое исследование, для которого используют дополнительные коды осложнений в соответствии с их формулировками, содержащимися в томе 3 МКБ-10.

При выборе основного заболевания следует пользоваться правилом MB1 – в качестве основного должно быть выбрано более тяжелое состояние (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 118).

Заключительный клинический диагноз, в случаях, связанных с COVID-19, должен быть по возможности уточнен. Нежелательно использовать формулировки типа «Подозрение на COVID-19». В исключительных случаях, при отказе пациента от обследования для уточнения диагноза, такой диагноз может быть зарегистрирован.

Для получения достоверных статистических данных при изменении диагноза соответствующая информация вносится в первичную учетную медицинскую документацию в соответствии с установленными правилами³⁰.

В случае выявления вируса при отсутствии жалоб, объективной и дополнительной информации данное состояние следует расценивать как носительство вируса и кодировать рубрикой Z22.8. Такие случаи в статистику заболеваемости не включаются.

При осложнениях вакцинации против COVID-19 используют двойное кодирование: основное состояние и его код из XIX класса МКБ-10, а формулировка и код внешней причины – из XX и дополнительный (необязательный) код из XXII класса.

³⁰Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

22.1.1.2. Случаи, связанные с COVID-19, в статистике смертности

При выборе причин смерти в случаях, связанных с COVID-19, рекомендуется использовать правила, аналогичные таковым при гриппе.

Чаще всего при соблюдении правил МКБ-10 при выборе основного заболевания в случаях, связанных с COVID-19, выбранное заболевание будет являться первоначальной причиной смерти.

Однако следует помнить, что во всех случаях в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза смерти от COVID-19. Поэтому, в диагнозе обязательно должны быть отражены все имевшиеся осложнения, которые при летальном исходе являются непосредственными и промежуточными причинами смерти, указанными в цепочке событий, приведших к смерти. Ошибкой оформления свидетельства является запись причины смерти одной строкой без логической последовательности состояний.

Не позднее тридцати суток после завершения проведения патолого-анатомического вскрытия осуществляется окончательное оформление протокола патолого-анатомического вскрытия, копия которого передается в медицинскую организацию для внесения в первичную медицинскую документацию умершего пациента³¹. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия отражается в свидетельстве³².

Код U07.2 не рекомендуется использовать в статистике смертности в качестве первоначальной причины смерти, так как диагноз не уточнен. При этом код U07.2 допустимо использовать в предварительном свидетельстве для регистрации смерти в органах ЗАГС. После уточнения диагноза (в срок не позднее чем через 45 дней после получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений после установления причины смерти) предварительное свидетельство подлежит замене на окончательное³³ с указанием уточненного диагноза. При подтверждении диагноза COVID-19 используют код U07.1.

При выявлении ошибок оформления первичной медицинской документации, кодирования и выбора первоначальной причины смерти в случаях, связанных с COVID-19, по представлению специалиста медицинской организации, ответственного за кодирование, лицом, выдавшим свидетельство, выдается новое свидетельство «окончательное взамен окончательного», которое передается в территориальное подразделение Росстата.

³¹ Пункт 30 Порядка проведения патолого-анатомического вскрытия, утвержденного приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

³² Пункт 31 Порядка проведения патолого-анатомического вскрытия, утвержденного приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

³³ Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (зарегистрировано Минюстом 31.05.21, регистрационный номер 63697).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при оформлении медицинской документации можно использовать метод «вербальной аутопсии»³⁴, заключающийся в получении дополнительной информации от родственников или лиц, присутствовавших при смерти пациента путем опроса.

Данная информация касается всех вопросов, связанных со смертью пациента: перенесенные заболевания, прием лекарственных средств, наблюдение врачом, проявления болезни, наличие приступов и т.д. Полученные дополнительные сведения должны быть отражены в первичной медицинской документации с целью помощи в установлении причин смерти.

Все случаи смерти, связанные с COVID-19, подразделяются на две группы:

- случаи, когда COVID-19 выбирают в качестве первоначальной причины смерти;
- случаи, когда COVID-19 выбирают в качестве прочей причины смерти.

22.1.1.2.1. Случаи, когда COVID-19 выбирают в качестве первоначальной причины смерти

Чаще всего при соблюдении правил МКБ-10 при выборе основного заболевания в случаях, связанных с COVID-19, выбранное заболевание будет являться первоначальной причиной смерти.

Однако следует помнить, что во всех случаях в свидетельстве должна быть указана логическая последовательность патогенеза летального исхода от COVID-19. Поэтому обязательно в диагнозе должны быть отражены все имевшиеся осложнения, которые при летальном исходе являются непосредственными и промежуточными причинами смерти, указанными в цепочке событий, приведших к смерти. Ошибкой оформления свидетельства является запись причины смерти одной строкой без логической последовательности.

Например, в случаях, когда COVID-19 приводит к пневмонии и респираторному дистресс-синдрому, в часть 1 свидетельства должны быть включены и пневмония, и респираторный дистресс-синдром, и COVID-19. При заполнении свидетельства необходимо учитывать всю известную информацию о данном случае, полученную как из первичной медицинской документации, так и из результатов лабораторных исследований. Причинно-следственная последовательность событий должна четко прослеживаться, начиная от COVID-19 как от первопричины, приведшей к смерти, до состояния, непосредственно приведшего к смерти.

³⁴ Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: Руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2012.

Наиболее часто встречающимися осложнениями COVID-19 являются: пневмонии, менингиты, миокардиты, тромбоэмболии, сепсис, инфаркты миокарда, инфаркты мозга, вызванные тромбозом, фибрилляции и трепетания предсердий и желудочков.

Больные хроническими заболеваниями или с ослабленной иммунной системой подвергаются более высокому риску смерти от COVID-19. К хроническим заболеваниям можно отнести такие неинфекционные заболевания, как хронические ишемические болезни сердца, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, сахарный диабет и др. Если у умершего имелись тяжелые хронические заболевания, то все они должны быть указаны в части 2 свидетельства.

В соответствии с обновлениями ВОЗ 2016 года³⁵, при выборе первоначальной причины смерти отклоняются последовательности, в которых COVID-19 считается следствием любого другого заболевания или состояния, включая болезнь, вызванную ВИЧ, злокачественные новообразования и состояния, ослабляющие иммунную систему. Они не выбираются в качестве первоначальной причины смерти, а должны быть указаны в части 2 свидетельства.

Лица с COVID-19 могут умереть от других патологических состояний, заболеваний или несчастных случаев; такие случаи не считаются смертями от COVID-19 и описаны в разделе 22.1.1.2.2.

Если COVID-19 указан в качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе в конце последнего эпизода оказания медицинской помощи и записаны осложнения, которые привели к смерти, то свидетельство оформляется следующим образом:

Пример 22.1

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 U07.1

Осложнения: вирусная пневмония, вызванная SARS-CoV-2

острый респираторный дистресс синдром

дыхательная недостаточность

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз.

Атеросклеротический кардиосклероз.

Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью.

³⁵https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острый респираторный дистресс синдром</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	J	8	0	.	X
б) <u>вирусная пневмония, вызванная SARS-CoV-2</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 дней	J	1	2	.	8
в) <u>COVID-19</u> первоначальная причина смерти указывается последней	14 дней	U	0	7	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз Атеросклеротический кардиосклероз Гипертензивная болезнь сердца с сердечной недостаточностью	10 лет 12 лет 14 лет	I25.8 I25.1 I11.0				

В данном примере записана правильная логическая последовательность: состояние, записанное на нижней строке части 1 свидетельства, явилось причиной возникновения всех состояний, записанных выше. В соответствии с правилом МКБ-10 («Общий принцип» или шаг SP3) первоначальная причина смерти располагается на нижней заполненной строке – в). В свидетельстве прокодированы все записанные состояния, первоначальная причина смерти подчеркнута. В качестве одного из осложнений указана вирусная пневмония, вызванная SARS-CoV-2 (код J12.8). В части 2 свидетельства записаны хронические заболевания, которые способствовали смерти.

Пример 22.2

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 с положительным лабораторным тестом U07.1

Осложнения: левосторонняя вирусная пневмония
сепсис
дыхательная недостаточность

Сопутствующие заболевания: Болезнь, вызванная ВИЧ, с туберкулезом и саркомой Капоши

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>сепсис</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	A	4	1	.	9
б) <u>вирусная пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	10 дней	J	1	2	.	9
в) <u>COVID-19, положительный лабораторный тест</u> первоначальная причина смерти указывается последней	12 дней	U	0	7	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Болезнь, вызванная ВИЧ, с туберкулезом и саркомой Капоши	2 года	B22.7				

В данном примере при сочетании COVID-19 с хроническим заболеванием (болезнь, вызванная ВИЧ) в качестве первоначальной причины смерти выбирают острое состояние – COVID-19, код U07.1. При этом в первичной медицинской документации должны быть указаны осложнения COVID-19. Вирусная пневмония, диагностированная клинически без лабораторного подтверждения, кодируется как неуточненная (J12.9).

Пример 22.3

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 U07.1

Осложнения: вирусный менингит

отек мозга

Сопутствующие заболевания: Ишемическая кардиомиопатия

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 сут.	G	9	3	.	6
б) <u>вирусный менингит</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	7 дней	A	8	7	.	9
в) <u>COVID-19</u> первоначальная причина смерти указывается последней	12 дней	U	0	7	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Ишемическая кардиомиопатия	1 год	I25.5				

В данном примере в соответствии с правилами МКБ-10 вирусный менингит следует рассматривать как следствие COVID-19, поэтому первоначальной причиной смерти выбирают COVID-19, а ишемическую кардиомиопатию, как хроническое заболевание, записывают в части II свидетельства.

В практике врачей встречаются случаи, когда у пациента с COVID-19, осложненного, пневмонией и отеком легкого, развивается острый инфаркт миокарда. В таком случае первоначальной причиной следует выбрать COVID-19.

Пример 22.4

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 U07.1

Осложнения: правосторонняя долевая пневмония
дыхательная недостаточность
отек легких
острый инфаркт миокарда задней стенки левого
желудочка
мерцание предсердий

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	I	2	1	.	2	
б) <u>долевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 дней	J	1	8	.	1	
в) <u>COVID-19</u> — первоначальная причина смерти указывается последней	10 дней	U	0	7	:	1	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Сахарный диабет 2 типа с почечными осложнениями	5 лет	E11.2					

В данном примере в соответствии с правилами МКБ-10, проверенными по таблицам принятия решений (АСМЕ)³⁶, COVID-19, записанный на нижней строке явился причиной возникновения и инфаркта миокарда и долевой пневмонии, следовательно, выбирается первоначальной причиной смерти.

В случаях, когда острый инфаркт миокарда развился до возникновения COVID-19, и имеются осложнения COVID-19 (пневмония и др.), при летальном исходе, первоначальной причиной смерти выбирают COVID-19, а острый инфаркт миокарда записывают в части 2 свидетельства. Пневмония без уточнения возбудителя кодируется подрубрикой J18.1.

Пример 22.5

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 с положительным лабораторным тестом U07.1

Осложнения: левосторонняя верхнедолевая пневмония
дыхательная недостаточность
отек легкого

Сопутствующие заболевания: Внутримозговое кровоизлияние
внутрижелудочковое.
Церебральный атеросклероз

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
Г а) <u>отек легкого</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 сут.	I	2	1	.	2	
б) <u>верхнедолевая пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 сут.	J	1	8	.	1	
в) <u>COVID-19, положительный лабораторный тест</u> первоначальная причина смерти указывается последней	12 дней	U	0	7	:	1	
г) внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое Церебральный атеросклероз	2 нед. 8 лет	I61.5 I67.2					

³⁶ Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: Руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2012.

В данном примере внутримозговое кровоизлияние не является причиной возникновения COVID-19 и, по правилу МКБ-10 не является следствием COVID-19. Оба состояния между собой не взаимосвязаны. Первоначальной причиной смерти выбирают более тяжелое состояние с осложнениями, т.е. COVID-19, а другое острое заболевание записывают в части 2 свидетельства.

Пример 22.6

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19 U07.1

Осложнения: вирусная пневмония

тромбоэмболия легочной артерии

дыхательная недостаточность

Фоновое заболевание: Артериальная гипертензия

Сопутствующее заболевание: Рак тела желудка

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	12 час.	I	2	6	.	9
б) <u>вирусная пневмония</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	7 дней	J	1	2	.	9
в) <u>COVID-19</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 дней	U	0	7	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Рак тела желудка Артериальная гипертензия	2 года 10 лет	C16.2 I10.X				

В данном примере по правилу МКБ-10 при сочетании COVID-19 с осложнениями и злокачественного новообразования, первоначальной причиной смерти выбирают COVID-19. Вирусная пневмония без уточнения возбудителя кодируется как неуточненная (J12.9).

22.1.1.2.2. Случаи, при которых COVID-19 записывают в качестве прочей причины смерти в части 2 свидетельства

Летальный исход у пациента с COVID-19 может наступить от несчастных случаев и некоторых других острых заболеваний; такие случаи не считаются смертями от COVID-19.

Во всех ситуациях выбор первоначальной причины смерти делается на основе анализа всей первичной медицинской документации, протоколов патологоанатомических вскрытий и актов судебно-медицинского исследования трупа и построения логической последовательности состояний, приведших к смерти, а также в соответствии с правилами МКБ-10.

Например, столкновение пешехода с легковым автомобилем привело к травме черепа – субдуральному кровоизлиянию, которое явилось первоначальной причиной смерти. При этом лабораторное исследование выявило COVID-19, но в таком случае инфекция не была первоначальной причиной смерти. Если врач – судебно-медицинский эксперт решил, что в данном случае COVID-19 усугубила травму черепа, то COVID-19 записывают в части 2 свидетельства.

Если пациент умер в стационаре, когда ему оказывалась экстренная хирургическая помощь, например, при остром язвенном кровотечении, а лабораторные исследования показали, что он был инфицирован COVID-19, то именно эта язва с кровотечением должна быть записана как первоначальная причина смерти, а COVID-19, как прочая причина, способствовавшая смерти, – в части 2 свидетельства.

Пример 22.7

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Субдуральное травматическое кровоизлияние
S06.5

Осложнения: травматический отек головного мозга

Внешняя причина: Столкновение пешехода с легковым автомобилем
травма пешехода, дорожный несчастный случай V03.1

Сопутствующие заболевания: Перелом основания черепа
COVID-19 с пневмонией

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек головного мозга травматический</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 часа	S	0	6	:	1
б) <u>Кровоизлияние субдуральное травматическое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сутки	S	0	6	.	5
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) <u>Столкновение пешехода с легковым автомобилем</u> <u>травма пешехода, дорожный несчастный случай</u> внешняя причина при травмах и отравлениях	1 сутки	V	0	3	:	1
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Перелом основания черепа COVID-19 с пневмонией	1 сутки 8 дней	S02.1 U07.1				

В данном примере в качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе указано субдуральное кровоизлияние, приведшее к отеку головного мозга. Однако при выборе первоначальной причины смерти мы руководствуемся таблицей Приоритетного ранжирования кодов (Приложение 16). В соответствии с этой таблицей в качестве первоначальной причины смерти выбираем отек головного мозга травматический, а не субдуральное травматическое кровоизлияние. Необходимо также помнить, о том, что в качестве первоначальной причины смерти выбирается только одна нозологическая единица (одна травма). Другие травмы (при наличии) должны быть записаны в качестве сопутствующих состояний, а в свидетельство включают из всех травм только те, которые повлияли на смерть.

Следует обратить внимание, что при травмах и отравлениях в Российской Федерации используется двойное кодирование и учитываются обе причины смерти как первоначальные: травматический отек головного мозга (характер травмы) и дорожный несчастный случай (внешняя причина).

Пример 22.8

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Острая язва желудка с кровотечением K25.0

Осложнения: желудочное кровотечение

острая постгеморрагическая анемия

сердечная недостаточность

Сопутствующее заболевание: COVID-19 с осложнениями

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>острая постгеморрагическая анемия</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 часа	D	6	2	.	X
б) <u>желудочное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 часа	K	9	2	.	2
в) <u>Острая язва желудка с кровотечением</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сутки	K	2	5	:	0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) COVID-19 с осложнениями	5 дней	U07.1				

В данном примере в качестве первоначальной причины смерти выбирают острое состояние – острую язву желудка с кровотечением, а COVID-19 с осложнениями записывают в части 2 свидетельства как прочую причину смерти.

Таким образом следует поступать и при наличии у пациента других острых заболеваний: некоторых острых нарушений мозгового кровообращения, острых заболеваний, требующих хирургического вмешательства.

Пример 22.9

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Острый аппендицит с прободением K35.2

Осложнения: острый перитонит

сепсис

сердечная недостаточность

Сопутствующие заболевания: COVID-19 с осложнениями

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) сепсис болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	A	4	1	.	9
б) острый перитонит патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	K	6	5	.	0
в) Острый аппендицит с прободением первоначальная причина смерти указывается последней	2 сут.	K	3	5	:	2
г) внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Операция: аппендэктомия, дата COVID-19 с осложнениями	7 дней	U07.1				

В данном примере острое заболевание, потребовавшее оперативной хирургической помощи, выбрано в качестве первоначальной причины смерти, а COVID-19 записан в качестве прочей причины смерти.

COVID-19, как и многие другие заболевания, может осложнять беременность, роды и послеродовый период.

В соответствии с правилами МКБ-10, при заболеваниях, осложняющих беременность, роды и послеродовый период, формулировки диагнозов выбираются из различных классов МКБ-10, а коды выставляются из XV класса.

Пример 22.10

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: COVID-19, осложнивший беременность
20 нед. O98.5

Осложнения: нижнедолевая пневмония
отек легкого
дыхательная недостаточность

Сопутствующие заболевания: Нефропатия

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>нижнедолевая пневмония</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 дней	O	9	9	.	5
б) <u>COVID-19, осложнивший беременность</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	8 дней	O	9	8	.	5
в) _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Нефропатия	3 нед.	O26.8				

Все случаи любых заболеваний (кроме травм и отравлений), осложняющих беременность, деторождение и послеродовый период статистически кодируются и учитываются в XV классе МКБ-10.

Данный случай COVID-19 при беременности, входит в показатель материнской смертности и также кодируется только рубриками XV класса МКБ-10.

22.1.1.2.3. Случаи, при которых COVID-19 не включают в свидетельство

Необходимо помнить, что встречаются случаи COVID-19 легкой степени тяжести, без смертельных осложнений. Такие случаи, в соответствии с правилами МКБ-10, не должны включаться в часть 2 свидетельства, так как не способствовали смерти и не являются прочими причинами смерти.

При летальных исходах в таких случаях выбирают имеющееся тяжелое заболевание, включая хроническое, со смертельными осложнениями в соответствии с правилами МКБ-10.

В ниже приведенном примере к острому инфаркту миокарда присоединился COVID-19, осложненный острым фарингитом, протекающий легко. При этом основным заболеванием в заключительном клиническом диагнозе следует выбрать то, на которое пришлось наибольшая часть использованных ресурсов; в данном случае это острый инфаркт миокарда.

Пример 22.11

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда передней стенки
левого желудочка I21.0

Осложнения: кардиогенный шок
фибрилляция желудочков
сердечная недостаточность

Сопутствующие заболевания: COVID-19 с острым фарингитом
Атеросклеротический кардиосклероз

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти					
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	R	5	7	.	0	
б) <u>пароксизм фибрилляции предсердий</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 час	I	4	8	.	0	
в) <u>Острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1 сут.	I	2	1	:	0	
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях							
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет	I25.1					

В данном примере у пациента был выявлен также COVID-19 с острым фарингитом, протекающий легко, однако вся помощь оказывалась преимущественно по поводу острого инфаркта миокарда с осложнениями, приведшими к смерти.

Лечащим врачом был правильно выбран острый инфаркт миокарда с осложнениями в качестве основного заболевания в заключительном

клиническом диагнозе. Первоначальная причина смерти – острый инфаркт миокарда.

При заполнении свидетельства COVID-19, записанный в качестве сопутствующего заболевания в первичной медицинской документации, не был выбран прочей причиной смерти и не включен в часть 2 свидетельства, так как протекал легко и не способствовал смерти.

Пример 22.12

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Рак дна и тела желудка C16.8

Осложнения: тромбоэмболия легочной артерии
отек легкого

Сопутствующие заболевания: Положительный лабораторный тест
на COVID-19

Атеросклеротический кардиосклероз
Артериальная гипертензия

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>тромбоэмболия легочной артерии</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	2	6	.	9
б) <u>тромбофлебит нижних конечностей</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 мес.	I	8	0	.	3
в) <u>Рак дна и тела желудка</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 года	C	1	6	:	8
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	5 лет 8 лет	I25.1 I10.X				

В данном примере у пациента был выявлен положительный лабораторный тест на COVID-19 при отсутствии клинических и патологоанатомических данных за COVID-19, что свидетельствует о бессимптомном течении COVID-19 (код Z22.8). Вся помощь оказывалась преимущественно по поводу рака желудка с осложнениями, приведшими к смерти, поэтому рак желудка был правильно выбран в качестве первоначальной причины смерти. Код Z22.8, как и все коды XXI класса в статистике смертности не используются.

22.1.2. Состояния, классифицированные в рубриках U08-U12

U08 В личном анамнезе COVID-19

U08.9 В личном анамнезе COVID-19, неуточненный

К данной подрубрике (U08.9) относится COVID-19, перенесенный ранее. Данная подрубрика аналогична подрубрике XXI класса Z86.1 «В личном анамнезе инфекционные и паразитарные болезни».

Эта подрубрика может быть использована в статистике заболеваемости, но в показатель заболеваемости не включается, так как заболеванием не является. В статистике смертности не используется.

U09 Состояние после COVID-19

U09.9 Состояние после COVID-19, неуточненное

К данной подрубрике (U09.9) относится состояние после перенесенного COVID-19, которое клиницисты обозначают, как «постковидный синдром». Данная подрубрика аналогична подрубрике XXI класса Z54.8 «Состояние выздоровления после другого лечения». Данный код является временным. Подрубрика U09.9 может быть использована в статистике заболеваемости, но в показатель заболеваемости не включается, так как заболеванием не является. В статистике смертности не используется.

U10 Мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19

U10.9 Мультисистемный воспалительный синдром, связанный с COVID-19, неуточненный

К данной подрубрике (U09.9) относится осложнение COVID-19, которое может быть использовано и в статистике заболеваемости, и в статистике смертности.

U11 Необходимость иммунизации против COVID-19

U11.9 Необходимость иммунизации против COVID-19 неуточненная

Этот необязательный код (U11.9) предназначен для использования, когда лицо, которое может или не может быть больным, обращается в медицинские организации с конкретной целью получения вакцины против COVID-19. Этот код аналогичен подрубрике XXI класса Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни».

Эта подрубрика может быть использована в статистике заболеваемости, но в показатель заболеваемости не включается, так как заболеванием не является. В статистике смертности не используется.

U12 Вакцины против COVID-19, вызывающие неблагоприятные реакции при терапевтическом применении

U12.9 Вакцины против COVID-19, вызывающие неблагоприятные реакции при терапевтическом применении, неуточненные

Эта подрубрика является дополнительной и необязательной к подрубрике Y59.0 «Вирусная вакцина». Подрубрика Y59.0 используется как код внешней причины, явившейся причиной неблагоприятной реакции на введение вирусной вакцины. Подрубрика Y59.0 используется и в статистике заболеваемости, и в статистике смертности.

22.2. Блок U82-U85 Устойчивость к противомикробным и противоопухолевым лекарственным средствам

Эти рубрики никогда не должны использоваться при первичном кодировании. Данные коды применяются для использования в качестве дополнительных или вспомогательных, когда необходимо определить устойчивость, нечувствительность и рефрактерность к противомикробным и противоопухолевым препаратам.

Сокращения

В тексте используются сокращенные названия следующих учетных и отчетных форм первичной медицинской документации:

Карта – «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»);

Талон – «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»);

История – «История развития ребенка» (учетная форма № 112/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»);

Медкарта – «Медицинская карта стационарного больного» (учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»);

Статкарта – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (учетная форма № 066/у-02, утвержденная приказом Минздрава России от 30.12.02 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»).

Форма № 12 – отчетная форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (Росстат).

Форма № 14 – отчетная форма федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (Росстат).

Условные обозначения:

АСМЕ – блок автоматического выбора первоначальной причины смерти американской автоматизированной системы

БМЭ – Большая медицинская энциклопедия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ККМПС – коэффициент кратности множественных причин смерти

МКБ-10 – международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра

МПС – множественные причины смерти

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ППС – первоначальная причина смерти

Свидетельство – медицинское свидетельство о смерти

Использованная литература:

- 1. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2004. – 304 с.**
- 2. Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е, М.: Советская энциклопедия, 1977, т. 7, стр. 241.**
- 3. Вайсман Д.Ш. Использование Международной классификации болезней в практике врача: Монография. – Тула: Гриф и К, 2007. – 152 с.**
- 4. Демографический энциклопедический словарь / Гл. ред. Д.И. Валентей. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – 608 с.**
- 5. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины // Информационно-методическое письмо НИИ соц. гигиены им. Н.А. Семашко. – М., 2002. – 41 с.**
- 6. Комаров Ю.М. Концептуальные основы совершенствования медицинской статистики в стране // Совершенствование статистики здоровья и здравоохранения в Российской Федерации: Материалы 6-ой ежегодной Российской науч.-практич. конфер. НПО «МедСоцЭкономИнформ». – М, 1999. – С. 16-25.**
- 7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т./ ВОЗ. – Женева, 1995-1998. – Т.1-3.**
- 8. Погорелова Э.И., Секриеру Е.М. Усовершенствование сбора и использования статистических данных о смертности населения в Российской Федерации//Заключительный научный доклад, ЦНИИОИЗ МЗ РФ. – М., 2002. – 59 с.**
- 9. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. Под научной редакцией Ю.В. Михайловой и А.Е. Ивановой, М, ЦНИИОИЗ, – 2006, – 312 с.**
- 10. Российский энциклопедический словарь: в 2-х кн. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2001, – Кн. 1. – 1023 с.**
- 11. Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш. Принципы кодирования ревматологических заболеваний и правила заполнения «Медицинского свидетельства о смерти»: Методическое пособие. – Тула, 2005. – 96 с.**
- 12. Социальная энциклопедия. М., 2000. – 438 с.**

13. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах / ВОЗ. Европейское региональное бюро. 2012

14. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х томах. – М.: Советская энциклопедия, Т. 1. 1982. – 464 с.

15. Iwao M. Moriyama, Ph.D., Ruth M. Loy, MBE, A.H.T. Robb-Smith, M.D.// History of the statistical classification of diseases and causes of death// Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011

Общий перечень кодов, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти.

Коды, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти (используют коды, указанные в скобках; если никакой код не указан, кодируют рубрикой R99):

B95.0–B95.5	(кодируют A49.1)
B95.6–B95.8	(кодируют A49.0)
B96.0	(кодируют A49.3)
B96.1–B96.2	(кодируют A49.8)
B96.3	(кодируют A49.2)
B96.4–B96.8	(кодируют A49.8)
B97.0	(кодируют B34.0)
B97.1	(кодируют B34.1)
B97.2	(кодируют B34.2)
B97.3	(кодируют B33.3)
B97.4–B97.5	(кодируют B34.8)
B97.6	(кодируют B34.3)
B97.7	(кодируют B34.4)
B97.8	(кодируют B34.8)
B98.0–B98.1	(кодируют A49.8)
C77–C79	(кодируют C80.–)
C97	(кодируют C00–C76 или C81–C96)
E89.–	
F10.0	(кодируют X45, X65, X85 или Y15)
F11.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F12.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F13.0	(кодируют X41, X61, X85 или Y11)
F14.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F15.0	(кодируют X41, X61, X85 или Y11)
F16.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F17.0	(кодируют X49, X69, X89 или Y19)
F18.0	(кодируют X46, X66, X89 или Y16)
F19.0	(кодируют X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19)
G97.–	
H59.–	
H95.–	
I15.1	(кодируют N28.9, если неизвестно)
I15.2	(кодируют E34.9, если неизвестно)
I22.–	(кодируют I21.–)
I23.–	(кодируют I21.–)
I24.0	(кодируют I21.–)
I25.2	(кодируют I25.8)

I46.0	
I46.9	
I65.–	(кодируют I63)
I66.–	(кодируют I63)
I97.–	
J95.–	
K91 .–	
M96.–	
N99.–	
O08.–	(кодируют O00–O07)
O80–O84	(кодируют O75.9)
O94	(кодируют O97.–)
P70.3–P72.0	(кодируют P96.9)
P72.2–P74	(кодируют P96.9)
P95	(не используют для живорожденных, кодируют P96.9)
R57.2	(кодируют A41.9)
R65.0–R65.1	(кодируют A41.9)
R65.9	(кодируют A41.9)
R69.–	(кодируют R95–R99)
S00–T98	(кодируют V01–Y89)
Y90–Y98	
Z00–Z99	

Коды, не используемые для кодирования первоначальной причины смерти (кодируют исходное инфекционное заболевание; если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют кодом, указанным в скобках)

U82.0–U82.9	(кодируют B99)
U83.0–U83.9	(кодируют B99)
U84.0	(кодируют B89)
U84.1	(кодируют B49)
U84.2	(кодируют B34.9)
U84.3	(кодируют A16.9)
U84.7	(кодируют B99)
U84.8	(кодируют B99)
U84.9	(кодируют B99)
U85	(кодируют C80.9)

Коды, не используют, если первоначальная причина известна

F03–F09

F17.–

F70–F79

F80.–

F81.–

G40.5

G81.–

G82.–

G83.–

H54.–

H90–H91

I15.0

I15.1

I15.2

I15.8

I15.9

N46

N97.–

O30.–

P07.–

P08.–

T79.–

Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям при выборе первоначальной причины смерти

В этом разделе перечислены последовательности причин смерти, которые следует принять или отклонить при выборе первоначальной причины смерти. Цель заключается в том, чтобы подготовить максимально полезные статистические данные о смертности. Таким образом, указание последовательности как «отклоняемой» или «принимаемой» может отражать интересы, являющиеся важными для общественного здоровья, а не то, что приемлемо с чисто медицинской точки зрения. Поэтому всегда применяйте эти инструкции независимо от того, можно ли считать их правильными или неправильными с медицинской точки зрения. Отдельные страны не должны исправлять то, что они считают ошибкой, поскольку изменения на национальном уровне приведут к тому, что данные будут менее сопоставимы с данными из других стран и, таким образом, будут менее полезны для анализа.

А. Принимаемые последовательности

При применении шагов SP3 и SP4 следует принимать перечисленные ниже связи.

(а) Инфекционные болезни вследствие других состояний

Принимайте инфекционные болезни, вызванные другими состояниями, за исключением инфекционных болезней, перечисленных в разделе «Отклоняемые последовательности, подраздел (а) Инфекционные болезни вследствие других состояний».

(b) Болезнь, вызванная ВИЧ, как следствие других состояний

Принимайте болезнь, вызванную ВИЧ, как следствие:

- состояний, требующих переливания крови, таких как гемофилия, анемия и крупные травмы
- инвазивных процедур, например, хирургических операций
- наркоманий

Примеры таких состояний приведены в приложении 13 «Причины болезни, вызванной ВИЧ». Принимайте к сведению, что перечень, содержащийся в Приложении 13, не является полным.

(с) Инфекционные болезни, вызванные ВИЧ

Принимайте следующие инфекционные болезни как следствие болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований и состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Брюшной тиф и паратиф, другие сальмонеллезные инфекции, шигеллез (A01–A03);
- Туберкулез (A15–A19)
- Последствия туберкулеза (B90)

(d) Злокачественные новообразования и ВИЧ

Принимайте следующие злокачественные новообразования как следствие болезни, вызванной ВИЧ:

- Злокачественное новообразование ротоглотки (C10)
- Злокачественное новообразование заднего прохода и анального канала (C21)
- Саркома Капоши (C46)
- Злокачественное новообразование вульвы (C51)
- Злокачественное новообразование влагалища (C52)
- Злокачественное новообразование шейки матки (C53), если уточнено как прорастающее
- Злокачественное новообразование полового члена (C60)
- Лимфома Ходжкина (C81), если уточнена как первичная в головном мозге
- Фолликулярная лимфома (C82), если уточнена как первичная в головном мозге
- Нефолликулярная лимфома (C83), если уточнена как первичная в головном мозге
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома (C83.3), если уточнена как иммунобластная
- Лимфома Беркитта (C83.7)
- Зрелая Т/НК-клеточная лимфома (C84), если уточнена как первичная в головном мозге
- Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы (C85), если они уточнены как первичные в головном мозге
- Другие уточненные типы Т/НК-клеточной лимфомы (C86), если они уточнены как первичные в головном мозге

(e) Диабет вследствие других состояний

Принимайте сахарный диабет 1 типа (E10.–) как следствие состояний, которые вызывают аутоиммунное разрушение β -клеток.

Принимайте сахарный диабет 2 типа (E11) как следствие состояний, вызывающих инсулинорезистентность.

Принимайте другой уточненный и неуточненный сахарный диабет (E13–E14) как следствие состояний, вызывающих поражение поджелудочной железы.

Список состояний, которые могут вызвать сахарный диабет, см. в Приложении 15.

(f) Ревматическая лихорадка вследствие других состояний

Принимайте острую ревматическую лихорадку (I00–I02) и хронические ревматические болезни сердца (I05–I09) как следствие:

- Скарлатины (A38)
- Стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9)
- Стрептококкового фарингита (J02.0)
- Стрептококкового тонзиллита (J03.0)

(g) Гипертензия вследствие других состояний

Принимайте гипертензивное состояние как следствие:

- Эндокринных новообразований
- Новообразований почек
- Карциноидных опухолей

(h) Цереброваскулярные болезни вследствие других состояний

Принимайте внутримозговое кровоизлияние (I61.–) как следствие болезней печени (K70–K76).

Принимайте эмболию сосудов головного мозга, тромбоз и неуточненный инсульт (I63–I66, I69.3 и I69.4) как следствие эндокардита (I05–I08, I09.1, I33–I38).

(i) Врожденные аномалии вследствие других состояний

- Принимайте врожденную аномалию как следствие хромосомной аномалии или синдрома врожденных пороков развития
- Принимайте гипоплазию легкого как следствие врожденной аномалии

(j) Несчастные случаи вследствие других состояний

- Принимайте падение (W00–W19) или воздействие неуточненного фактора, вызывающего перелом (X59.0), как следствие нарушения плотности и структуры кости (M80–M85) или вследствие (патологического) перелома, вызванного нарушением плотности и структуры кости (M80–M85)

- Принимайте асфиксию и аспирацию (W78–W80) вследствие других причин

(k) Острые или терминальные болезни системы кровообращения вследствие других состояний

Принимайте следующие острые или терминальные болезни системы кровообращения, как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета или астмы:

- Острый и повторный инфаркт миокарда (I21 и I22)
- Другая острая ишемическая болезнь сердца (I24)
- Легочная эмболия (I26)
- Острый перикардит (I30)
- Острый и подострый эндокардит (I33)
- Острый миокардит (I40)
- Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса] (I44)
- Другие нарушения проводимости (I45)
- Остановка сердца (I46)
- Пароксизмальная тахикардия (I47)
- Фибрилляция и трепетание предсердий (I48)
- Другие нарушения сердечного ритма (I49)
- Сердечная недостаточность (I50)
- Другие неточно обозначенные болезни сердца (I51.8)
- Цереброваскулярные болезни в рубриках I60–I66, I67.6–I67.8 и I69

В. Отклоняемые последовательности

При применении шагов SP3 и SP4 отклоните перечисленные ниже взаимосвязи.

(a) Инфекционные болезни вследствие других состояний

Не принимайте следующие инфекционные и паразитарные болезни как следствие любых других причин, даже болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований или состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Холера (A00)
- Ботулизм (A05.1)
- Чума, туляремия, сибирская язва, бруцеллез (A20–A23)

- Лептоспироз (A27)
- Лепра [болезнь Гансена] (A30)
- Столбняк, дифтерия, коклюш, скарлатина, менингококковая инфекция (A33–A39)
- Инфекция, вызванная *Chlamydia psittaci* (A70)
- Трахома (A71)
- Риккетсиозы (A75–A79)
- Острый полиомиелит (A80)
- Болезнь Крейтцфельдта-Якоба (A81.0)
- Подострый склерозирующий панэнцефалит (A81.1)
- Бешенство, комариный вирусный энцефалит, клещевой вирусный энцефалит, неуточненный вирусный энцефалит (A82–A86)
- Денге и другие комариные вирусные лихорадки (A92 и A97)
- Желтая лихорадка (A95)
- Геморрагическая лихорадка Хунин и геморрагическая лихорадка Мачупо, лихорадка Ласса (A96.0–A96.2)
- Другие вирусные геморрагические лихорадки (A98)
- Оспа, инфекции, вызванные вирусом обезьяньей оспы, корь, краснуха (B03–B06)
- Острый гепатит В и С (B16 и B17.1)
- Хронический гепатит В и С (B18.0–B18.2)
- Эпидемический паротит (B26)
- Малярия, лейшманиоз, болезнь Шагаса (B50–B57)
- Последствия полиомиелита (B91)
- Последствия лепры (B92)
- Последствия трахомы (B94.0)
- Последствия вирусного энцефалита (B94.1)
- Последствия вирусного гепатита (B94.2)
- Другие новые заболевания, о которых необходимо сообщать в ВОЗ (например, U04 Тяжелый острый респираторный синдром (SARS), J09 Птичий грипп)
- Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа (J09)
- Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа (J10)

Не принимайте следующие инфекционные болезни, как вызванные другими причинами, за исключением болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований и состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Брюшной тиф и паратиф, другие сальмонеллезные инфекции, шигеллез (A01–A03)
- Туберкулез (A15–A19)
- Последствия туберкулеза (B90)

(b) Злокачественные новообразования вследствие других состояний

Не принимайте злокачественное новообразование как вызванное любой другой причиной, за исключением нижеперечисленных злокачественных новообразований, вызванных ВИЧ:

- Злокачественное новообразование ротоглотки (C10)
- Злокачественное новообразование заднего прохода и анального канала (C21)
- Саркома Капоши (C46)
- Злокачественное новообразование вульвы (C51)
- Злокачественное новообразование влагалища (C52)
- Злокачественное новообразование шейки матки (C53), если уточнено как прорастающее
- Злокачественное новообразование полового члена (C60)
- Лимфома Ходжкина (C81), если она уточнена как первичная в головном мозге
- Фолликулярная лимфома (C82), если она уточнена как первичная в головном мозге
- Нефолликулярная лимфома (C83), если уточнена как первичная в головном мозге
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома (C83.3), если она уточнена как иммунобластная
- Лимфома Беркитта (C83.7)
- Зрелая Т/НК-клеточная лимфома (C84), если она уточнена как первичная в головном мозге
- Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы (C85), если они уточнены как первичные в головном мозге
- Другие уточненные типы Т/НК-клеточной лимфомы (C86), если они уточнены как первичные в головном мозге.

(c) Гемофилия вследствие других состояний

Не принимайте гемофилию (D66, D67, D68.0–D68.2), как вызванную любой другой причиной.

(d) Диабет вследствие других состояний

Не принимайте сахарный диабет 1 типа (E10.–) как следствие любой другой причины, за исключением состояний, вызывающих аутоиммунное разрушение β -клеток.

Не принимайте сахарный диабет 2 типа (E11) как следствие любой другой причины, кроме состояний, вызывающих инсулинорезистентность.

Не принимайте другой и неуточненный сахарный диабет (E13 и E14) как следствие любой другой причины, за исключением состояний, вызывающих поражение поджелудочной железы.

Список состояний, которые могут вызвать сахарный диабет, см. в приложении 15.

(e) Ревматическая лихорадка вследствие других состояний

Не принимайте острую ревматическую лихорадку (I00–I02) и хронические ревматические болезни сердца (I05–I09) как вызванные другими причинами, за исключением:

- Скарлатины (A38)
- Стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9)
- Стрептококкового фарингита (J02.0)
- Стрептококковым тонзиллитом (J03.0).

(f) Гипертензия вследствие других состояний

Не принимайте гипертензивные состояния как вызванные новообразованием, за исключением:

- эндокринных новообразований
- новообразований почек
- карциноидных опухолей

(g) Хроническая ишемическая болезнь сердца вследствие других состояний

Не принимайте хроническую ишемическую болезнь сердца (I20, I25) как следствие новообразования

(h) Атеросклероз вследствие других состояний

Не принимайте состояние, описанное как атеросклеротическое, как следствие новообразования

(i) Грипп вследствие других состояний

Не принимайте грипп (J09–J11) как вызванный любой другой причиной

(j) Врожденные аномалии вследствие других состояний

Не принимайте врожденную аномалию (Q00–Q99) как следствие любой другой причины, включая недоразвитие, за исключением:

- врожденной аномалии как следствия хромосомной аномалии или синдрома врожденных пороков развития
- гипоплазии легкого (Q33.6) вследствие врожденной аномалии

(k) Противоречивые периоды

Не принимайте состояние с указанной продолжительностью как следствие состояния с более короткой продолжительностью

(l) Несчастные случаи вследствие других состояний

Не принимайте несчастные случаи (V01–X59) вызванные причинами, кодируемыми в других классах, за исключением:

- Падения (W00–W19) как следствия нарушения плотности и структуры кости (M80–M85)
- Падения (W00–W19) вследствие (патологического) перелома, вызванного нарушением плотности и структуры кости (M80–M85)
- Удушье и аспирация (W78–W80), когда они вызваны другими причинами

(m) Самоубийство вследствие других состояний

Не принимайте самоубийство (X60–X84) как следствие любой другой причины

Специальные инструкции по очевидной причине

В этом разделе перечислены состояния, которые должны быть признаны как очевидные причины состояний, выбранных в качестве предполагаемой отправной точки на шагах SP1–SP5.

А. Осложнения ВИЧ

(а) Инфекционные болезни и ВИЧ

Очевидной причиной для инфекционных заболеваний, кроме перечисленных в «Специальных инструкциях по принимаемым и отвергаемым последовательностям», раздел «Отвергаемые последовательности», подраздел (а) «Инфекционные болезни вследствие других состояний», является болезнь, вызванная ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75).

Болезнь, вызванная ВИЧ, но не ВИЧ-положительный статус должен рассматриваться очевидной причиной брюшного тифа, паратифа и других инфекций, вызванных сальмонеллами и шигеллами (A01–A03), также перечисленных в подразделе (а).

Необходимо рассматривать как болезнь, вызванную ВИЧ, так и ВИЧ-положительный статус очевидной причиной следующих инфекционных болезней:

- Сальмонеллезный сепсис (A02.1)
- Криптоспоридиоз (A07.2)
- Изоспороз (A07.3)
- Туберкулез (A15–A19)
- Инфекции, вызванные другими микобактериями (A31.–)
- Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (A81.2)
- Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса [Herpes simplex] (B00.0–B00.2, B00.7–B00.8), уточненные как хронические язвы, бронхит, пневмония или эзофагит
- Цитомегаловирусные болезни, классифицированные в рубриках B25.0, B25.2, B25.8 и B25.9, кроме локализаций в печени, селезенке, лимфатических узлах
- Кандидозы других локализаций (B37.8), уточненные как кандидозы легких и пищевода
- Кокцидиоидомикозы (B38.–)
- Гистоплазмозы (B39.–)
- Криптококкозы (B45.–)
- Пневмоцистоз (B48.5)

- Последствия туберкулеза (B90.–)

(b) Злокачественные новообразования и ВИЧ

Необходимо рассматривать и болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), и ВИЧ-положительный статус (R75) как очевидную причину следующих злокачественных новообразований:

- Саркома Капоши (C46)
- Карцинома шейки матки, уточненная как прорастающая в злокачественном новообразовании шейки матки (C53)
- Лимфома, уточненная как первичная в головном мозге (C81–C85)
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома, уточненная как иммунобластная (C83.3)
- Лимфома Беркитта (C83.7)

(c) Иммунодефицит и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), как очевидную причину иммунодефицитного состояния.

(d) Пневмония и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75), как очевидную причину пневмонии (J12–J18).

(e) Кахексия и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75), как очевидную причину кахексии (R64).

В. Энтероколиты, вызванные *Clostridium difficile*

Необходимо рассматривать энтероколиты, вызванные *Clostridium difficile*, как очевидную причину антибиотикотерапии.

С. Сепсис и синдром системного воспалительного ответа

Необходимо принять состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнуряющие болезни (такие, как злокачественные новообразования и нарушение питания), заболевания, вызывающие паралич (такие, как кровоизлияние в мозг и тромбоз), серьезные нарушения дыхания и тяжелые травмы (ранги 1–4 в соответствии с «Приоритетным ранжированием кодов МКБ-10 по характеру травмы», Приложение 16) как очевидную

причину сепсиса, классифицированного в рубриках A40–A41, B37.7 и B49 и синдрома системного воспалительного ответа [SIRS] – в рубрике R65.

D. Осложнения диабета

Необходимо принять сахарный диабет (E10–E14) как очевидную причину следующих состояний:

- Ацидоз (E87.2)
- Другие уточненные нарушения обмена веществ (E88.8)
- Другие мононевропатии (G58.–)
- Полиневропатия неуточненная (G62.9)
- Другие поражения периферической нервной системы (G64)
- Другие первичные поражения мышц (G71.8), уточненные как амиотрофия, но без уточнения этиологии
- Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное (G90.9)
- Иридоциклит (H20.9)
- Катаракта неуточненная (H26.9)
- Хориоретинальное воспаление неуточненное (H30.9)
- Окклюзии сосудов сетчатки (H34)
- Фоновая ретинопатия и изменения сосудов сетчатки (H35.0)
- Другая пролиферативная ретинопатия (H35.2)
- Ретинальное кровоизлияние (H35.6)
- Болезнь сетчатки неуточненная (H35.9)
- Атеросклероз артерий конечностей (I70.2)
- Болезнь периферических сосудов неуточненная (I73.9)
- Липоидный некробиоз, НКДР (L92.1)
- Язва нижней конечности, НКДР (L97)
- Артрит неуточненный (M13.9)
- Невралгия и неврит неуточненные (M79.2)
- Нефритический и нефротический синдромы (N03–N05)
- Хроническая болезнь почек (N18.–)
- Почечная недостаточность неуточненная (N19)
- Сморщенная почка неуточненная (N26)
- Болезнь почки и мочеточника неуточненная (N28.9), уточненная как почечное состояние
- Стойкая протеинурия неуточненная (N39.1)
- Гангрена, НКДР (R02)
- Кома неуточненная (R40.2)
- Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови (R79.8), уточненные как ацетонемия, азотемия и связанные с ними состояния.

Е. Дегидратация

Необходимо принять любые кишечные инфекции как очевидную причину уменьшения объема жидкости (дегидратация) (E86)

Ф. Деменция

Необходимо принять состояния, обычно включающие необратимые поражения головного мозга, как очевидную причину деменции, если другая причина деменции не установлена.

Необходимо принять синдром Дауна (Q90.—) как очевидную причину неуточненной деменции (F03) и болезни Альцгеймера (G30.—).

Г. Умственная отсталость (F70–F79)

Необходимо принять следующие состояния как очевидную причину умственной отсталости:

- Перинатальные состояния, классифицированные в рубриках P00–P04 Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения
- Замедленный рост и недостаточность питания плода (P05)
- Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, НКДР (P07)
- Разрыв внутримозговых тканей и кровоизлияние при родовой травме (P10)
- Отек мозга при родовой травме (P11.0)
- Другие уточненные поражения мозга при родовой травме (P11.1)
- Повреждение мозга при родовой травме неуточненное (P11.2)
- Повреждение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное (P11.9)
- Родовая травма неуточненная (P15.9)
- Внутриматочная гипоксия (P20)
- Асфиксия при рождении (P21)
- Врожденные вирусные болезни (P35)
- Другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни (P37)
- Внутримозговое нетравматическое кровоизлияние у плода и новорожденного (P52)
- Ядерная желтуха (P57)
- Судороги новорожденного (P90)
- Другие нарушения церебрального статуса у новорожденного (P91).

Н. Сердечная недостаточность и неуточненная болезнь сердца

Необходимо принять другие состояния сердца как очевидную причину сердечной недостаточности (I50.—) и болезни сердца неуточненной (I51.9).

I. Эмболия

Необходимо принять венозный тромбоз, флебит или тромбофлебит, болезнь клапанов сердца, деторождение или любую хирургическую операцию как очевидную причину болезней, описанных как «эмболические». При этом, однако, должен быть понятным путь от места образования тромба до места эмболии.

J. Варикозное расширение вен пищевода

Необходимо принять заболевания печени, классифицированные в рубриках В18.–, К70.–, К73.–, К74.– и К76.–, как очевидную причину варикозного расширения вен пищевода (I85.–).

K. Пневмония

Необходимо принять синдром зависимости от алкоголя (F10.2) как очевидную причину долевой пневмонии неуточненной (J18.1).

Необходимо принять состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнурительные болезни (такие как злокачественные новообразования и нарушения питания), заболевания, вызывающие паралич (такие как кровоизлияние в мозг и тромбоз), серьезные нарушения дыхания, состояния, вызванные нарушением глотания, другие заболевания, ограничивающие способность к самообслуживанию, включая деменцию и дегенеративные болезни нервной системы, отравления и тяжелые травмы (ранги 1–4 в соответствии с «Приоритетным ранжированием кодов МКБ-10 по характеру травмы», Приложение 16, как очевидную причину любой пневмонии (J12–J18, J69.0 и J69.8).

L. Отек легкого

Необходимо принять следующие состояния как очевидную причину отека легкого (J81):

- Болезнь сердца (включая легочное сердце)
- Состояния, повреждающие легочную паренхиму, такие как:
 - легочные инфекции
 - аспирация и ингаляция
 - респираторный дистресс синдром
 - большая высота
 - циркулирующие токсины
- Состояния, вызванные избытком жидкости в организме, такие как:
 - почечная недостаточность
 - гипоальбуминемия

- Врожденные аномалии с нарушением легочного кровообращения, такие как:
 - врожденный стеноз легочных вен.

М. Нефритический синдром

Необходимо принять любую стрептококковую инфекцию (скарлатину, стрептококковую ангину и др.) как очевидную причину нефритического или нефротического синдрома (N00–N05).

Н. Пиелонефрит

Необходимо принять любое сужение мочевыводящих путей, вызванное такими состояниями, как гиперплазия простаты или стеноз уретры, как очевидную причину пиелонефрита (N10–N12).

О. Острая почечная недостаточность

Необходимо принять инфекции мочевыводящих путей как очевидную причину острой почечной недостаточности (N17), при условии, что нет признаков того, что почечная недостаточность появилась до того, как развилась инфекция мочевыводящих путей.

Р. Первичный ателектаз новорожденных

Необходимо принять врожденные почечные состояния (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), преждевременный разрыв плодных оболочек (P01.1) и олигогидрамнион (P01.2) как очевидную причину первичного ателектаза у новорожденного (P28.0).

Q. Преждевременный разрыв плодных оболочек и олигогидроамнион (P01.1)

Необходимо принять врожденные почечные состояния (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), как очевидные причины поражений плода и новорожденного, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек или олигогидроамнионом (P01.1 и P01.2).

Р. Кровотечение

Необходимо принять отравление или передозировку антикоагулянтами как очевидную причину кровотечения. При этом, однако, нельзя принять терапию антикоагулянтами без упоминания об отравлении или передозировке как очевидную причину кровотечения. Также необходимо принять лечение стероидами, аспирином и нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) как очевидную причину желудочно-кишечного кровотечения.

Необходимо принять желудочно-кишечное кровотечение как очевидную причину вторичной или неуточненной анемии.

S. Аспирация и ингаляция

Необходимо принять состояния, перечисленные в разделе К. Пневмония, как очевидные причины аспирации и ингаляции.

T. Хирургические и другие инвазивные медицинские процедуры

Необходимо принять хирургические или другие инвазивные медицинские процедуры, выполненные в течение четырех недель до смерти, очевидной причиной состояний, которые считаются общими осложнениями после медицинских процедур. Это также применимо, если операция или процедура указаны в отдельном месте, а не в части 1 или части 2 свидетельства.

Перечень таких состояний с конкретными инструкциями приведен в «Перечне состояний, которые должны считаться прямыми следствиями медицинских процедур» (Приложение 8).

Если в свидетельстве указано состояние, которое может быть вылечено операцией или другими инвазивными медицинскими процедурами, и в свидетельстве также указана операция или процедура той же локализации, то принимают, что это состояние явилось причиной операции или процедуры.

U. Типичные вторичные состояния

Необходимо принять изнуряющие болезни (такие как злокачественные новообразования и нарушение питания) заболевания, вызывающие паралич (такие, как кровоизлияние в мозг и тромбоз), другие болезни, которые ограничивают способность к самообслуживанию, включая деменцию и дегенеративные болезни нервной системы, а также тяжелые травмы как очевидную причину вторичных состояний, перечисленных в таблице. Однако эти состояния не должны рассматриваться как очевидное следствие дыхательных расстройств.

Состояния в рубриках, помеченные буквой «М» (может быть), должны быть приняты как очевидные следствия изнуряющих и паралитических состояний, только если они соответствуют условиям определения кода, указанным в последней колонке таблицы.

Вторичные (связанные) состояния

Коды	Описание	Условие	Уточнение
D50.0	Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови		
D62	Анемия постгеморрагическая (хроническая)		
D64.9	Анемия неуточненная		
E40–E46	Недостаточное питание		
E86	Уменьшение объема жидкости		
G81–G83	Другие паралитические синдромы		
I26.0–I26.9	Легочная эмболия		
I74.2–I74.4	Эмболия и тромбоз артерий конечностей		
I80.1–I80.3	Флебит и тромбофлебит нижних конечностей		
I80.9	Флебит и тромбофлебит неуточненной локализации		
I82.9	Эмболия и тромбоз неуточненной вены		
K55.0	Сосудистые поражения кишечника	М	K55.0 должно быть уточнено как эмболия
K56.4	Другие обтурации кишечника		
K59.0	Запор		
L89	Язва декубитальная и пролежень		
N10–N12	Тубулоинтерстициальный нефрит	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N17–N19	Почечная недостаточность, острая, хроническая и неуточненная		
N28.0	Ишемия и инфаркт почки	М	Состояние N28.0 должно быть уточнено как эмболия почечной артерии
N30.0–N30.2	Цистит, интерстициальный (хронический) и другой хронический	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N30.9	Цистит неуточненный	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N31	Нейромышечная дисфункция мочевого пузыря, НКДР		
N34.0–N34.2	Абсцесс уретры и уретрит	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N35.1–N35.9	Стриктура уретры (нетравматическая)	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N39.0	Инфекции мочевыводящих путей без уточнения локализации	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
R64	Кахексия		

Перечень неточно обозначенных состояний

Код	Название рубрики или подрубрики
I46.1	Внезапная сердечная смерть, так описанная
I46.9	Остановка сердца, неуточненная
I50.-	Острая сердечная недостаточность
I95.9	Гипотензия, неуточненная
I99	Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения
J96.0	Острая дыхательная недостаточность
J96.9	Дыхательная недостаточность, неуточненная
P28.5	Дыхательная недостаточность у новорожденного
R00-R57.1; R57.8-R59.9; R65.2-R65.3; R68.0-R94; R96-R99	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках

Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти

A31.1	Кожная микобактериальная инфекция
A42.8	Другие формы актиномикоза
A53.0	Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний
A60.0	Герпетическая вирусная инфекция половых органов и мочеполового тракта
A63.0	Аногенитальные (венерические) бородавки
A71.0–A71.9	Трахома
A74.0†	Хламидийный конъюнктивит
B00.2	Герпетический вирусный гингивостоматит и фаринготонзиллит
B00.5	Болезнь глаз, вызванная вирусом герпеса
B00.8	Герпетический панариций†
B07	Вирусные бородавки
B08.1	Контагиозный моллюск
B08.8	Ящур
B30.0–B30.9	Вирусный конъюнктивит
B35.0–B35.9	Дерматофития
B36.0–B36.9	Другие поверхностные микозы
B85.0–B85.4	Педикулез и фтириаз
E28.0	Избыток эстрогенов
E28.1	Избыток андрогенов
E28.3	Первичная яичниковая недостаточность
E28.8	Другая дисфункция яичников
E28.9	Дисфункция яичников неуточненная
E29.0	Гиперфункция яичек
E29.1	Гипофункция яичек
E29.8	Другая дисфункция яичек
E29.9	Дисфункция яичек неуточненная
E30.0	Задержка полового созревания
E30.1	Преждевременное половое созревание
E30.8	Другие нарушения полового созревания
E30.9	Нарушение полового созревания неуточненное
E34.3	Низкорослость, не классифицированная в других рубриках
E34.4	Конституциональная высокорослость
E34.5	Синдром андрогенной резистентности
E65	Локализованное отложение жира
F06.7	Легкое когнитивное расстройство
F32.0	Депрессивный эпизод легкой степени
F32.1	Депрессивный эпизод средней степени

F33.0	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
F33.1	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени
F33.4	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии
F45.0	Соматизированное расстройство
F45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство
F45.2	Ипохондрическое расстройство
F45.3–F45.9	Соматоформные расстройства
F50.1, F50.3–F50.9	Пищевые расстройства
F51.0–F51.9	Неорганические нарушения сна
F52.0–F52.9	Сексуальная дисфункция, не вызванная органическим расстройством или болезнью
F53.0	Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках
F60.0–F60.9	Специфические расстройства личности
F61	Смешанные и другие расстройства личности
F62.0–F62.9	Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением мозга и болезнями
F63.0–F63.9	Расстройства привычек и влечений
F64.0–F64.9	Расстройства половой идентификации
F65.0–F65.9	Нарушения сексуального предпочтения
F66.0–F66.9	Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией
F68.0–F68.9	Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
F69	Неуточненное расстройство личности и поведения в зрелом возрасте
F70.0	Легкая умственная отсталость с утверждением «нет» или минимальное нарушение поведения
F71.0	Умеренная умственная отсталость с утверждением «нет», или минимальное нарушение поведения
F80–F89	Расстройства психологического развития
F93.0	Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой
F93.1	Фобическое тревожное расстройство у детей
F93.2	Социальное тревожное расстройство у детей
F93.3	Расстройство сиблингового соперничества
F93.8	Другие эмоциональные расстройства у детей
F93.9	Эмоциональное расстройство у детей неуточненное
F94.0	Элективный мутизм
F94.1	Реактивное расстройство привязанностей у детей
F94.2	Расстройство привязанностей у детей по расторможенному типу
F94.8	Другие расстройства социального функционирования

- у детей
- F94.9 Расстройство социального функционирования у детей
неуточненное
- F95.0–F95.9 Тики
- F98.0–F98.9 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства,
обычно возникающие в детском и подростковом возрасте
- G43.0–G43.2,
- G43.8–G43.9 Мигрень, кроме осложненной мигрени (G43.3)
- G44.0–G44.2 Другие синдромы головной боли
- G44.3 Хроническая посттравматическая головная боль
- G44.4 Головная боль, вызванная применением лекарственных
средств, не классифицированная в других рубриках
- G44.8 Другие уточненные синдромы головной боли
- G45.0–G45.9 Преходящие транзиторные церебральные ишемические
атаки и родственные синдромы
- G47.0 Нарушения засыпания и поддержания сна [бессонница]
- G47.2 Нарушение цикличности сна и бодрствования
- G50.0–G50.9 Поражения тройничного нерва
- G51.0–G51.9 Поражения лицевого нерва
- G52.0 Поражения обонятельного нерва
- G54.0–G54.9 Поражения нервных корешков и сплетений
- G56.0–G56.9 Мононевропатии верхней конечности
- G57.0–G57.9 Мононевропатии нижней конечности
- G58.0 Межреберная невропатия
- G58.7 Мононеврит множественный
- H00.0–H00.1 Гордеолум и халазион
- H01.0–H01.9 Другое воспаление век
- H02.0–H02.9 Другие поражения век
- H04.0–H04.9 Поражения слезного аппарата
- H10.0–H10.9 Конъюнктивит
- H11.0–H11.9 Другие поражения конъюнктивы
- H15.0–H15.9 Поражения склеры
- H16.0–H16.9 Кератит
- H17.0–H17.9 Рубцы и помутнения роговицы
- H18.0–H18.9 Другие болезни роговицы
- H20.0–H20.9 Иридоциклит
- H21.0–H21.9 Другие поражения радужной оболочки и цилиарного тела
- H25.0–H25.9 Старческая катаракта
- H26.0–H26.9 Другая катаракта
- H27.0–H27.9 Другие поражения хрусталика
- H30.0–H30.9 Хориоретинальное воспаление
- H31.0–H31.9 Другие поражения сосудистой оболочки
- H33.0–H33.5 Отслойки и разрывы сетчатки
- H34.0–H34.9 Закупорки сосудов сетчатки
- H35.0–H35.9 Другие поражения сетчатки
- H40.0–H40.9 Глаукома

- N43.0–N43.9 Поражения стекловидного тела
- N46 Неврит зрительного нерва
- N47.0–N47.7 Другие поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей
- N49.0–N49.9 Паралитический косоглазие
- N50.0–N50.9 Другое косоглазие
- N51.0–N51.9 Другие нарушения бинокулярного движения
- N52.0–N52.7 Нарушения рефракции и аккомодации
- N53.0–N53.9 Расстройства зрения
- N54.0–N54.9 Нарушения зрения, включая слепоту (бинокулярное или монокулярное)
- N55 Нистагм и другие непроизвольные движения глаз
- N57.0–N57.9 Другие поражения глаза и его придаточного аппарата
- N60.0–N60.9 Наружный отит
- N61.0–N61.9 Другие поражения наружного уха
- N68.1 Закупорка евстахиевой трубы
- N69.0 Зияющая евстахиева труба
- N69.8 Другие уточненные поражения евстахиевой трубы
- N69.9 Поражение евстахиевой трубы уточненное
- N72.0 Центральная перфорация барабанной перепонки
- N72.1 Перфорация барабанной перепонки в области аттика
- N72.2 Другие краевые перфорации барабанной перепонки
- N72.8 Другие перфорации барабанной перепонки
- N72.9 Перфорация барабанной перепонки неуточненная
- N73.8 Другие уточненные поражения барабанной перепонки
- N73.9 Поражение барабанной перепонки неуточненное
- N74.0 Тимпаносклероз
- N74.1 Адгезивная болезнь среднего уха
- N74.2 Разрыв и дислокация слуховых косточек
- N74.3 Другие приобретенные дефекты слуховых косточек
- N74.4 Полип среднего уха
- N74.8 Другие уточненные поражения среднего уха и сосцевидного отростка
- N74.9 Поражение среднего уха и сосцевидного отростка неуточненное
- N80.0–N80.9 Отосклероз
- N81.0 Болезнь Меньера
- N81.1 Доброкачественное пароксизмальное головокружение
- N81.2 Вестибулярный нейронит
- N81.3 Другое периферическое головокружение
- N81.4 Головокружение центрального происхождения
- N81.8 Другие нарушения вестибулярной функции
- N81.9 Нарушение вестибулярной функции неуточненное
- N83.0 Лабиринтит
- N83.1 Лабиринтная фистула
- N83.2 Лабиринтная дисфункция

Н83.3–Н83.9 Другие болезни внутреннего уха
 Н90.0–Н90.8 Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха
 Н91.0–Н91.9 Другая потеря слуха
 Н92.0–Н92.2 Оталгия и выделения из уха
 Н93.0–Н93.9 Другие болезни уха, не классифицированные
 в других рубриках
 J00 Острый назофарингит [насморк]
 J06.0–J06.9 Острые инфекции верхних дыхательных путей
 множественных и неуточненных локализаций
 J30.0–J30.4 Вазомоторный и аллергический ринит
 J33.0–J33.9 Полип носа
 J34.1 Киста и мукоцеле носа и носового синуса
 J34.2 Смещенная носовая перегородка
 J34.3 Гипертрофия носовой раковины
 J35.0–J35.9 Хронические болезни миндалин и аденоидов
 K00.0–K00.9 Нарушения развития и прорезывания зубов
 K01.0–K01.1 Ретенированные и импактные зубы
 K02.0–K02.9 Кариес
 K03.0–K03.9 Другие болезни твердых тканей зубов
 K04.0–K04.9 Болезни пульпы и периапикальных тканей
 K05.0–K05.6 Гингивит и болезни пародонта
 K06.0–K06.9 Другие поражения десны и беззубого альвеолярного
 края
 K07.0–K07.9 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии
 прикуса)
 K08.0–K08.9 Другие заболевания зубов и их опорного аппарата
 K09.0–K09.9 Кисты области рта, не классифицированная в других
 рубриках
 K10.0–K10.9 Другие болезни челюстей
 K11.0–K11.9 Болезни слюнных желез
 K13.1 Прикусывание щеки и губ
 K14.0–K14.9 Болезни языка
 K59.1 Функциональная диарея
 K59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не
 классифицированная в других рубриках
 K59.4 Спазм анального сфинктера
 L01.0–L01.1 Импетиго (у детей старше 1 года)
 L03.0 Флегмона пальцев кистей и стоп
 L04.0–L04.9 Острый лимфаденит
 L05.0–L05.9 Пилонидальная киста
 L08.0–L08.8 Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки
 L20.0–L20.9 Атопический дерматит
 L21.0–L21.9 Себорейный дерматит
 L22 Пеленочный [салфеточный] дерматит
 L23.0–L23.9 Аллергический контактный дерматит
 L24.0–L24.9 Раздражительный контактный дерматит

L25.0–L25.9	Контактный дерматит неуточненный
L28.0–L28.2	Простой хронический лишай и почесуха
L29.0–L29.9	Зуд
L30.0–L30.9	Другой дерматит
L40.0	Псориаз обыкновенный
L40.4	Каплевидный псориаз
L41.0–L41.9	Парапсориаз
L42	Розовый лишай
L43.0–L43.9	Красный плоский лишай
L44.0–L44.9	Другие папулосквамозные изменения
L50.2	Крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры
L50.3	Дерматографическая крапивница
L50.4	Вибрационная крапивница
L50.5	Холинергическая крапивница
L50.6	Контактная крапивница
L53.9	Эритематозное состояние неуточненное
L55.0–L55.1,	
L55.8–L55.9	Солнечный ожог, кроме солнечных ожогов третьей степени (L55.2)
L56.0–L56.9	Другие острые изменения кожи из-за ультрафиолетового излучения
L57.0–L57.9	Изменения кожи из-за хронического воздействия неионизирующего излучения
L58.0–L58.9	Лучевой дерматит
L59.0–L59.9	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с облучением
L60.0–L60.9	Поражения ногтей
L63.0–L63.9	Гнездная алопеция
L64.0–L64.9	Андрогенная алопеция
L65.0–L65.9	Другое нерубцующееся выпадение волос
L66.0–L66.9	Рубцовая алопеция [рубцовое выпадение волос]
L67.0–L67.9	Аномалии цвета волос и волосяного стержня
L68.0–L68.9	Гипертрихоз
L70.0–L70.9	Угри
L71.0	Периоральный дерматит
L71.1	Ринофима
L71.8	Другой вид розацеа
L71.9	Розацеа неуточненного вида
L72.0–L72.9	Фолликулярные кисты кожи и подкожной клетчатки
L73.0–L73.9	Другие поражения волосяных фолликулов
L74.0–L74.9	Расстройства эккринных потовых желез
L75.0–L75.9	Расстройства апокринных потовых желез
L80	Витилиго
L81.0–L81.9	Другие нарушения пигментации
L82	Себорейный кератоз

L83	Черный акантоз
L84	Мозоли и омозолелости
L85.0–L85.9	Другое эпидермальное утолщение
L87.0–L87.9	Трансэпидермальные прободные изменения
L90.0–L90.9	Атрофические поражения кожи
L91.0–L91.9	Гипертрофические изменения кожи
L92.0–L92.9	Гранулематозные изменения кожи и подкожной клетчатки
L94.0–L94.9	Другие локализованные изменения соединительной ткани
L95.0	Васкулит с мраморной кожей
L98.0–L98.3,	
L98.5–L98.9	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, не классифицированные в других рубриках
M12.2	Ворсинчато-узелковый синовит (пигментный)
M12.3	Палиндромный ревматизм
M20.0–M20.6	Приобретенные деформации пальцев рук и ног
M21.0–M21.9	Другие приобретенные деформации конечностей
M22.0–M22.9	Поражения надколенника
M23.0–M23.9	Внутрисуставные поражения колена
M24.0–M24.9	Другие специфические поражения суставов
M25.0–M25.9	Другие заболевания суставов, не классифицированные в других рубриках
M35.3	Ревматическая полимиалгия
M40.0–M40.5	Кифоз и лордоз
M41.0	Инфантильный идиопатический сколиоз
M41.1	Юношеский идиопатический сколиоз
M41.2	Другой идиопатический сколиоз
M41.3	Торакогенный сколиоз
M41.4	Нервно-мышечный сколиоз
M41.5	Другой вторичный сколиоз
M41.8	Другие формы сколиоза
M41.9	Сколиоз неуточненный
M43.6	Кривошея
M43.8–M43.9	Другие и неуточненные деформирующие дорсопатии
M48.0	Стеноз позвоночника, (кроме шейного отдела)
M53.0–M53.9	Другие дорсопатии, не классифицированные в других рубриках
M54.0–M54.9	Дорсалгия
M60.0–M60.9	Миозит
M62.4	Контрактура мышцы
M62.5	Истощение и атрофия мышц не классифицированные в других рубриках
M62.6	Мышечная деформация
M65.0–M65.9	Синовит и теносиновит
M66.0–M66.5	Самопроизвольный разрыв синовиальной оболочки и

	сухожилия
M67.0–M67.9	Другие поражения синовиальной оболочки и сухожилия
M70.0–M70.9	Поражения мягких тканей, связанные с нагрузкой, перегрузкой и давлением
M71.0–M71.9	Другие бурсопатии
M72.0	Ладонный фасциальный фиброматоз [Дюпюитрена]
M72.1	Соединительнотканые узелки на тыльной поверхности пальцев
M72.2	Подошвенный фасциальный фиброматоз
M75.0–M75.9	Поражения плеча
M76.0–M76.9	Энтезопатии нижней конечности, исключая стопу
M77.0–M77.9	Другие энтезопатии
M79.0–M79.9	Другие болезни мягких тканей, не классифицированные в других рубриках
M89.1	Преждевременное сращение эпифиза с диафизом
M89.2	Другие нарушения роста и развития костей
M89.3	Гипертрофия костей
M89.4	Другая гипертрофическая остеоартропатия
M91.2	Соха plana
M91.3	Псевдококсалгия
M91.8	Другой юношеский остеохондроз бедра и таза
M91.9	Юношеский остеохондроз бедра и таза неуточненный
M92.0	Юношеский остеохондроз плечевой кости
M92.1	Юношеский остеохондроз лучевой и локтевой кости
M92.2	Юношеский остеохондроз кисти
M92.3	Другой юношеский остеохондроз верхней конечности
M92.4	Юношеский остеохондроз надколенника
M92.5	Юношеский остеохондроз большой и малой берцовых костей
M92.6	Юношеский остеохондроз предплюсны
M92.7	Юношеский остеохондроз плюсны
M92.8	Другой уточненный юношеский остеохондроз
M92.9	Юношеский остеохондроз неуточненный
M95.0–M95.9	Другие приобретенные деформации костно-мышечной системы и соединительной ткани
M99.0–M99.9	Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках
N39.3	Непроизвольное мочеиспускание
N39.4	Другое неуточненное недержание мочи
N42.2	Атрофия предстательной железы
N46	Мужское бесплодие
N47	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз
N48.3	Приапизм
N48.4	Импотенция органического происхождения
N50.0	Атрофия яичка

N60.0–N60.9	Доброкачественная дисплазия молочной железы
N62	Гипертрофия молочной железы
N64.2	Атрофия молочной железы
N64.3	Галакторея, не связанная с деторождением
N64.4	Мастодиния
N64.5	Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы
N75.0	Киста бартолиновой железы
N84.0–N84.9	Полип женских половых органов
N85.0–N85.9	Другие невоспалительные болезни матки, кроме шейки матки
N86	Эрозия и эктропион шейки матки
N87.0–N87.9	Дисплазия шейки матки
N88.0–N88.9	Другие невоспалительные болезни шейки матки
N89.0–N89.9	Другие невоспалительные болезни влагалища
N90.0–N90.9	Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности
N91.0–N91.5	Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации
N92.0–N92.6	Обильные, частые и нерегулярные менструации
N93.0–N93.9	Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища
N94.0–N94.9	Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом
N95.1	Менопауза и климактерическое состояние женщины
N95.2	Постменопаузальный атрофический вагинит
N95.3	Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой
N96	Привычный выкидыш
N97.0–N97.9	Женское бесплодие
O26.1	Недостаточное увеличение массы тела во время беременности
O26.2	Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности
O28.0	Гематологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.1	Биохимические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.2	Цитологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.3	Патологические отклонения, выявленные при ультразвуковом антенатальном обследовании матери
O28.4	Патологические отклонения, выявленные при рентгенологическом антенатальном обследовании матери

O28.5	Хромосомные или генетические аномалии, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.8	Другие отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.9	Отклонение от нормы, выявленное при антенатальном обследовании матери, неуточненное
O92.0	Втянутый сосок, связанный с деторождением
O92.2	Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением
O92.3	Агалактия
O92.4	Гипогалактия
O92.5	Подавленная лактация
O92.6	Галакторея
O92.7	Другие и неуточненные нарушения лактации
Q10.0–Q10.7	Врожденные аномалии век, слезного аппарата и глазницы
Q11.0–Q11.3	Анофтальм, микрофтальм и макрофтальм
Q12.0–Q12.9	Врожденные аномалии хрусталика
Q13.0–Q13.9	Врожденные аномалии переднего сегмента глаза
Q14.0–Q14.9	Врожденные аномалии заднего сегмента глаза
Q15.0–Q15.9	Другие врожденные аномалии глаза
Q16.0–Q16.9	Врожденные аномалии уха, вызывающие нарушение слуха
Q17.0–Q17.9	Другие врожденные аномалии уха
Q18.0–Q18.9	Другие врожденные аномалии лица и шеи
Q38.1	Анкилоглоссия
Q50.0	Врожденное отсутствие яичника
Q51.0	Агенезия и аплазия матки
Q51.1	Удвоение тела матки с удвоением шейки и влагалища
Q51.2	Другое удвоение матки
Q51.3	Двурогая матка
Q51.4	Однорогая матка
Q52.1	Удвоение влагалища
Q52.6	Врожденная аномалия клитора
Q54.0	Гипоспадия головки полового члена
Q54.1	Гипоспадия полового члена
Q54.2	Гипоспадия члено-мошоночная
Q54.3	Гипоспадия промежностная
Q54.4	Врожденное искривление полового члена
Q54.8	Другая гипоспадия
Q54.9	Гипоспадия неуточненная
Q55.0	Отсутствие и аплазия яичка
Q55.1	Гипоплазия яичка и мошонки
Q55.5	Врожденное отсутствие и аплазия полового члена

Q56.0	Гермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.1	Мужской псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.2	Женский псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.3	Псевдогермафродитизм, неуточненный
Q56.4	Неопределенность пола неуточненная
Q65.0–Q65.9	Врожденные деформации бедра
Q66.0–Q66.9	Врожденные деформации стопы
Q67.0–Q67.8	Врожденные костно-мышечные деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки
Q68.0–Q68.8	Другие врожденные костно-мышечные деформации
Q69.0–Q69.9	Полидактилия
Q70.0–Q70.9	Синдактилия
Q71.0–Q71.9	Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность
Q72.0–Q72.9	Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность
Q73.0–Q73.8	Дефекты, укорачивающие неуточненную конечность
Q74.0–Q74.9	Другие врожденные аномалии конечностей
Q75.2	Гипертелоризм
Q80.0–Q80.3,	
Q80.8–Q80.9	Врожденный ихтиоз, кроме «плода Арлекина» (Q80.4)
Q81.0	Простой буллезный эпидермолиз
Q81.2–Q81.9	Другие формы буллезного эпидермолиза, кроме летального буллезного эпидермолиза (Q81.1)
Q82.0–Q82.9	Другие врожденные аномалии кожи
Q83.0–Q83.9	Врожденные аномалии молочной железы
Q84.0–Q84.9	Другие врожденные аномалии кожных покровов
Q87.1	Синдромы врожденных аномалий, проявляющиеся преимущественно карликовостью
Q87.2	Синдромы врожденных аномалий, вовлекающих преимущественно конечности
S00.0–S00.9	Поверхностная травма головы
S05.0, S05.1, S05.8	Поверхностные травмы глаза (любого типа) и орбиты (любой части)
S10.0–S10.9	Поверхностная травма шеи
S20.0–S20.8	Поверхностная травма грудной клетки
S30.0–S30.9	Поверхностные травмы живота, нижней части спины и таза
S40.0–S40.9	Поверхностная травма плечевого пояса и плеча
S50.0–S50.9	Поверхностная травма предплечья
S60.0–S60.9	Поверхностная травма запястья и кисти
S70.0–S70.9	Поверхностная травма тазобедренного сустава и бедра
S80.0–S80.9	Поверхностная травма голени
S90.0–S90.9	Поверхностная травма голеностопного сустава и стопы
T09.0	Поверхностная травма туловища на неуточненном уровне

T11.0	Поверхностная травма верхней конечности на не уточненном уровне
T13.0	Поверхностная травма нижней конечности на не уточненном уровне
T14.0	Поверхностная травма не уточненной области тела
T20.1	Термический ожог первой степени головы и шеи
T21.1	Термический ожог первой степени туловища
T22.1	Термический ожог первой степени плеча и верхней конечности, кроме запястья и кисти
T23.1	Термический ожог первой степени запястья и кисти
T24.1	Термический ожог первой степени бедра и нижней конечности, кроме голеностопного сустава и стопы
T25.1	Термический ожог первой степени голеностопного сустава и стопы

Специальные инструкции по взаимосвязям и другим положениям

A00–B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

когда записана как причина:

C00–C97 (Злокачественные новообразования),
кодируют **C00–C97**

Исключение. Для злокачественных новообразований, перечисленных в разделе 4.2.3А «Принимаемые последовательности», подраздел (d) «Злокачественные заболевания и ВИЧ», записанные вследствие болезни, вызванной ВИЧ»: кодируют соответственно кодами **B21.–** или **B22.7.**

A02.1 Сальмонеллезный сепсис

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.1, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.1, B20.7** или **B22.7**

A07.3 Изоспориаз

с упоминанием:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

A15–A19 Туберкулез

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**

A15.— Туберкулез органов дыхания, подтвержденный
бактериологическим или гистологическим исследованием
или

A16.— Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный
бактериологическим или гистологическим исследованием

с упоминанием о:

J60–J64 (Пневмокониоз), кодируют **J65**

A17.—† Туберкулез нервной системы *или*

A18.— Туберкулез других органов

с упоминанием о:

A15 или A16 (Туберкулез органов дыхания), кодируют
A15, A16, если не записана как причина
и с указанной продолжительностью,
превышающей таковую состояний
в рубриках A15.— или A16.—.

A31.— Инфекция, вызванная другой микобактерией

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**

A39.2 Острая менингококкемия, *или*

A39.3 Хроническая менингококкемия, *или*

A39.4 Менингококкемия неуточненная

с упоминанием о:

A39.0† (Менингококковый менингит), кодируют **A39.0**
A39.1† (Синдром Уотерхауса–Фридериксена), кодируют
A39.1

A51.— Ранний сифилис

с упоминанием о:

A52.– (Поздний сифилис), кодируют **A52.–**

A81.2 Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.3, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.3, B20.7** или **B22.7**

B00.0 Герпетическая экзема, *или*

B00.1 Герпетический везикулярный дерматит, *или*

B00.2 Герпетический вирусный гингивостоматит и
фаринготонзиллит, *или*

B00.7 Диссеминированная герпетическая вирусная болезнь, *или*

B00.8 Другие формы инфекции, вызванной вирусом герпеса,
уточненные как хронические язвы, бронхит, пневмония
или эзофагит

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.3, B20.7** или **B24**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.3, B20.7** или **B24**

B16.– Острый гепатит В *или*

B17.– Другой острый вирусный гепатит

когда записана как причина:

K72.1 (Хроническая печеночная недостаточность),
кодируют **B18.–**

K74.0–K74.2, K74.4–K74.6 (Фиброз и цирроз печени),
кодируют **B18.–**

B20–B24 Болезнь, вызванная ВИЧ

Механизм смерти, неточно обозначенные состояния и
состояния, маловероятно приводящие к смерти не должны
быть связаны с рубриками B20–B23, если только в томе 3
нет конкретной записи об этом. Состояния, классифициро-

ванные в двух и более подрубриках одной рубрики, должны кодироваться подрубрикой .7 соответствующей рубрики (B20 или B21). Если необходимо, дополнительные коды внутри блока B20–B24 могут быть использованы для обозначения отдельных перечисленных состояний.

B20.— Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекционных и паразитарных болезней

с упоминанием о:

B23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **B20.—**, если только в томе 3 нет указаний на другое.

B21.— Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями злокачественных новообразований

с упоминанием о:

B23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **B21.—**, если только в томе 3 нет указаний на другое.

B22.— Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней

с упоминанием о:

B23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **B22.—**, если только в томе 3 нет указаний на другое.

B22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках. Эта подрубрика должна использоваться, когда состояния, записанные в свидетельстве, классифицированы в двух и

более рубриках В20-В22. Если необходимо, дополнительные коды внутри блока В20-В24 могут быть использованы для обозначения отдельных перечисленных состояний.

В24 Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная

когда записана как причина:

I42.0 (Дилятационная кардиомиопатия), кодируют **В23.8**

I42.9 (Кардиомиопатия неуточненная), кодируют **В23.8**

В25.0† Цитомегаловирусный пневмонит, *или*

В25.2† Цитомегаловирусный панкреатит, *или*

В25.8 Другие цитомегаловирусные болезни, уточненные как ретинит, *или*

В25.9 Цитомегаловирусная болезнь неуточненная, кроме поражений печени, селезенки и лимфатических узлов

с упоминанием о:

В20–В24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **В20.2, В20.7** или **В22.7**

Р75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **В20.2, В20.7** или **В22.7**

В37.1 Легочный кандидоз *или*

В37.8 Кандидоз других локализаций, уточненный как эзофагит

с упоминанием о:

В20–В24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **В20.4, В20.7** или **В22.7**

Р75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **В20.4, В20.7** или **В22.7**

В38.— Кокцидиоимикоз

с упоминанием о:

В20–В24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **В20.5, В20.7** или **В22.7**

Р75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют

соответственно кодами **B20.5, B20.7** или **B22.7**

B39.— Гистоплазмоз

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.5, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.5, B20.7** или **B22.7**

B45.— Криптококкоз

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.5, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.5, B20.7** или **B22.7**

B48.5† Пневмоцистоз

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.6, B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.6, B20.7** или **B22.7**

B58.— Токсоплазмоз

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

B90.— Последствия туберкулеза

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0**, **B20.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B20.0**, **B20.7** или **B22.7**

B95.0–B95.5 Стрептококк как причина болезней, классифицированных
в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.1**.

B95.6–B95.8 Стафилококк как причина болезней, классифицированных
в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.0**.

B96.0 *Mycoplasma pneumoniae* как причина болезней,
классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.3**.

B96.1 *Klebsiella pneumoniae* как причина болезней,
классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.

B96.2 *Escherichia coli* как причина болезней, классифицированных
в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.

B96.3 *Haemophilus influenzae* как причина болезней,
классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.2**.

B96.4–B96.8 Другие уточненные бактериальные агенты как причина
болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.

B97.0 Аденовирус как причина болезней, классифицированных
в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B34.0**.

- B97.1 Энтеровирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.1**.
- B97.2 Коронавирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.2**.
- B97.3 Ретровирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В33.3**.
- B97.4 Респираторно-синцитиальный вирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.8**.
- B97.5 Реовирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.8**.
- B97.6 Парвовирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.3**.
- B97.7 Папилломавирус как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.4**.
- B97.8 Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **В34.8**.
- B98.0 *Helicobacter pylori* как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **А49.8**.

B98.1 *Vibrio vulnificus* как причина болезней, классифицированных в других классах
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.

C46.— Саркома Капоши

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.0, B21.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.0, B21.7** или **B22.7**

C53.— Злокачественное образование шейки матки, уточненное как прорастающая карцинома шейки матки

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.7, B21.8** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.7, B21.8** или **B22.7**

C77–C79 Вторичные злокачественные новообразования
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если первичная локализация злокачественного новообразования неизвестна или не указана, кодируют как злокачественное новообразование без уточнения локализации (**C80.**).

C81–C86.5 Лимфома уточненная как первичная с локализацией в головном мозге

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**

C83.3 Диффузная В-крупноклеточная лимфома уточненная как иммунобластная

с упоминанием:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**

C83.7 Лимфома Беркитта

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.1, B21.7** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.1, B21.7** или **B22.7**

C97 Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если в свидетельстве записаны множественные, но самостоятельные злокачественные новообразования, выбирают первоначальную причину смерти в соответствии с правилами выбора и модификации обычным путем.
См. также раздел 4.3.5 «Злокачественные новообразования».

D00–D09 Новообразования in situ

Если новообразование, классифицируемое в рубриках D00-D09, записано как причина распространенных метастазов, или если из другой информации в свидетельстве стало ясно, что оно явилось причиной распространенных метастазов, то кодируют соответствующее первичное злокачественное новообразование (**C00-C80**).

Если нет никаких признаков того, что новообразование in situ вызвало распространенные метастазы, то следует считать, что новообразование in situ маловероятно привело к смерти, поэтому следуйте инструкциям на шаге SP8 – «Состояния, маловероятно приводящие к смерти».

D50–D89 Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

когда записана как причина:

B20–B24 Болезнь, вызванная ВИЧ, при указании в свидетельстве о смерти, что болезнь, вызванная ВИЧ, является следствием переливания крови как результат лечения исходного заболевания, кодируют **B20–B24**

E10–E14 Сахарный диабет

с упоминанием о:

- E87.2 (Ацидоз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .1
- E88.8 (Другие уточненные нарушения обмена веществ), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .1
- G58.– (Другие мононевропатии), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .4
- G62.9 (Полиневропатия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .4
- G64 (Другие расстройства периферической нервной системы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .4
- G71.8 (Другие первичные поражения мышц), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .4
- G90.9 (Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .4
- H20.9 (Иридоциклит неуточненный), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H26.9 (Катаракта неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H30.9 (Хориоретинальное воспаление неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H34 (Закупорки сосудов сетчатки), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H35.0 (Фоновая ретинопатия и сосудистые изменения сетчатки), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H35.2 (Другая пролиферативная ретинопатия), кодировать **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H35.6 (Кровоизлияние в сетчатку), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- H35.9 (Болезнь сетчатки неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .3
- I70.2 (Атеросклероз артерий конечностей), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .5
- I73.9 (Болезнь периферических сосудов неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком .5

- L92.1 (Липоидный некробиоз, не классифицированный в других рубриках), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- L97 (Язва нижней конечности), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.5**
- M13.9 (Артрит неуточненный), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- M79.2 (Невралгия и неврит неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- N03–N05 (Нефротический и нефритический синдромы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- N18.– (Хроническая болезнь почек), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- N28.9 (Поражение почки и мочеточника неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- N39.1 (Протеинурия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.2**
- R02 (Гангрена, не классифицированная в других рубриках), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.5**
- R40.2 (Кома неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.0**
- R79.8 (Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови), при указании на ацетонемию, азотемию и связанные состояния, кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.1**

Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний и записанные состояния комбинируются с рубриками E10-E14 с одним и тем же четвертым знаком, то кодируют **E10-E14** с этим общим четвертым знаком. Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний и записанные состояния комбинируются с рубриками **E10-E14** с различными четвертыми знаками, кодируют **E10-E14** с четвертым знаком **.7**.

когда записан как причина:

- A09.– (Другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточненного происхождения), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- A40.– (Стрептококковый сепсис), кодируют **E10–E14**

- с четвертым знаком **.6**
- A41.– (Другой сепсис), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- A49.– (Бактериальная инфекция неуточненной локализации), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- B35.– (Дерматофития), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- B36.– (Другие поверхностные микозы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- B37.– (Кандидоз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- D65 (Диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации]), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E15 (Недиабетическая гипогликемическая кома; только для неуточненной гипогликемической комы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.0**
- E16.2 (Гипогликемия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E78.0 (Чистая гиперхолестеринемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E78.1 (Чистая гиперглицеридемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E78.2 (Смешанная гиперлипидемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E78.5 (Гиперлипидемия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E87.5 (Гиперкалиемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- E88.9 (Нарушение обмена веществ неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- G04.8 (Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- G04.9 (Энцефалит, миелит и энцефаломиелит неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- G70.9 (Нарушения нервно-мышечные неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.4**
- G98 (Другие нарушения нервной системы, не классифицированные в других рубриках, исключая артропатию Шарко несифилитическую), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.4**
- G98 (Другие расстройства нервной системы, не классифицированные в других рубриках, если артропатия Шарко несифилитическая), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- N49.9 (Паралитическое косоглазие неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.3**

- Н54 (Слепота и пониженное зрение), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.3**
- I10 (Эссенциальная (первичная) гипертензия), кодируют
E10–E14 с четвертым знаком **.6**
- I11.– (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I33.0 (Острый и подострый инфекционный эндокардит),
кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I38 (Эндокардит, клапан не уточнен), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I42.0 (Дилатационная кардиомиопатия), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I42.9 (Кардиомиопатия неуточненная), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I48 (Фибрилляция и трепетание предсердий), кодируют
E10–E14 с четвертым знаком **.6**
- I49 (Другие нарушения сердечного ритма), кодируют
E10–E14 с четвертым знаком **.6**
- I50 (Сердечная недостаточность), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I51.6 (Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная),
кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I61 (Внутримозговое кровоизлияние), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I62 (Другое нетравматическое внутричерепное крово-
излияние), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I63 (Инфаркт мозга), кодируют **E10–E14** с четвертым
знаком **.6**
- I64 (Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или
инфаркт), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I67.2 (Церебральный атеросклероз), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I67.8 (Другие уточненные цереброваскулярные болезни),
кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I67.9 (Цереброваскулярная болезнь неуточненная),
кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.1 (Последствия внутримозгового кровоизлияния),
кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.2 (Последствия другого нетравматического
внутричерепного кровоизлияния), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**
- I69.3 (Последствия инфаркта мозга), кодируют **E10–E14**
с четвертым знаком **.6**

- I69.4 (Последствия инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.8 (Последствия других и не уточненных цереброваскулярных болезней), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I70.0 (Атеросклероз аорты), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I70.1 (Атеросклероз почечной артерии), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I70.8 (Атеросклероз других артерий), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I70.9 (Генерализованный или неуточненный атеросклероз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I74.2 (Эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I74.3 (Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I74.4 (Эмболия и тромбоз артерий конечностей неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I80.– (Флебит и тромбофлебит), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I82.9 (Эмболия и тромбоз неуточненной вены), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I99 (Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения), только для ангиопатии, кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.5**
- J12–J18 (Пневмония), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- K25–K28 (Язва желудка, двенадцатиперстной кишки, пептическая и гастродуоденальная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- K31.8 (Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; только для гастропареза), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.4**
- K92.2 (Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- L03.– (Флегмона), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- L08.– (Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- L30.9 (Дерматит неуточненный), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- L89.– (Язва декубитальная и пролежень), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**

- L98.4 (Хроническая язва кожи, не классифицированная в других рубриках), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.5**
- M11.2 (Другой хондрокальциноз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- M72.6 (Некротизирующий фасциит), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- M89.9 (Болезнь костей неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- N39.0 (Инфекция мочевыводящих путей неуточненной локализации), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**

Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний и записанные состояния комбинируются с рубриками E10-E14 с одним и тем же четвертым знаком, то кодируют **E10-E14** с этим общим четвертым знаком. Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний и записанные состояния комбинируются с рубриками **E10-E14** с различными четвертыми знаками, кодируют **E10-E14** с четвертым знаком **.7**.

E40–E46 Недостаточность питания

когда записана как причина:

E14.– (Диабет), кодируют **E12.–**

E86 Уменьшение объема жидкости (дегидратация)

с упоминанием о:

A00–A09 (Кишечные инфекционные болезни),
кодируют **A00–A09**

E89.– Эндокринные и обменные нарушения, возникшие после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках
Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

F03–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

Не используются для кодирования первоначальной причины смерти, если известна первоначальная физическая причина

органического психического расстройства.

F05.1 Делирий на фоне деменции

Не используются для кодирования первоначальной причины смерти.

Кодируют по типу деменции.

F10–F19 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

с упоминанием о:

X40–X49 (Случайное отравление и воздействие ядовитых веществ), кодируют **X40–X49**

X60–X69 (Преднамеренное самоотравление и воздействие ядовитых веществ), кодируют **X60–X69**

X85–X90 Нападение с применением ядовитых веществ, кодируют **X85–X90**

Y10–Y19 Отравление лекарственными препаратами, химическими и ядовитыми веществами, кодируют **Y10–Y19**

F10–F19 Четвертый знак .0 (Острая интоксикация), кодируют X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19

Четвертый знак .1 (Пагубное употребление)

с упоминанием о:

Синдром зависимости (.2), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.2**

Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.4**

Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.6**

Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.7**

Четвертый знак .2 (Синдром зависимости)

с упоминанием о:

Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.4**

Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.6**

Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком .7

Четвертый знак .5 (Психотическое расстройство)

с упоминанием о:

Синдром зависимости (.2), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком .2

Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком .4

Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком .6

Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком .7

F10.– Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

с упоминанием о:

E24.4 (Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем), кодируют **E24.4**

G31.2 (Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем), кодируют **G31.2**

G62.1 (Алкогольная полиневропатия), кодируют **G62.1**

G72.1 (Алкогольная миопатия), кодируют **G72.1**

I42.6 (Алкогольная кардиомиопатия), кодируют **I42.6**

K29.2 (Алкогольный гастрит), кодируют **K29.2**

K70.– (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.–**

K72.– (Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках), кодируют **K70.4**

K73.– (Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках), кодируют **K70.1**

K74.0 (Фиброз печени), кодируют **K70.2**

K74.1 (Склероз печени), кодируют **K70.2**

K74.2 (Фиброз печени в сочетании со склерозом печени), кодируют **K70.2**

K74.6 (Другой и неуточненный цирроз печени), кодируют **K70.3**

K75.8 (Другие воспалительные болезни печени), если уточнены, как стеатогепатит, но не неалкогольный, кодируют **K70.1**

K75.9 (Воспалительная болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.1**

K76.0 (Жировая дегенерация печени, не классифицированная

- в других рубриках), кодируют **K70.0**
- K76.9 (Болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.9**
- K85.2 (Острый панкреатит алкогольной этиологии),
кодируют **K85.2**
- K85.9 (Острый панкреатит неуточненный), кодируют **K85.2**
- K86.0 (Хронический панкреатит алкогольной этиологии),
кодируют **K86.0**
- K86.1 (Другой хронический панкреатит), кроме уточненного
вследствие других причин, не связанных с алкоголем,
кодируют **K86.0**
- O35.4 (Медицинская помощь матери при (предполагаемом)
поражении плода от алкоголя), кодируют **O35.4**

когда записана как причина:

- I42.7 (Кардиомиопатия, обусловленная воздействием
лекарственных средств и других внешних факторов),
кодируют **I42.6**

F17 Психические и поведенческие расстройства вызванные
употреблением табака.
Не используют, если известно конечное состояние.

F70–F79 Умственная отсталость
Не используют, если известно первоначальное физическое
состояние.

F80 Специфические расстройства развития речи и языка
F81 Специфические расстройства развития учебных навыков
Не используют, если известна первоначальная причина.

G25.5 Другая хорея

с упоминанием о:

I00–I02 (Острая ревматическая лихорадка), кодируют **I02.–**
I05–I09 (Хроническая ревматическая болезнь сердца),
кодируют **I02.–**

G40.5 Особые эпилептические синдромы
Не используют, если известна первоначальная причина
эпилептических припадков

G40.6 Большие эпилептические припадки [grand mal] неуточненные
с малыми припадками [petit mal] или без них)

G40.7 Малые эпилептические припадки [petit mal] неуточненные,
без больших припадков [grand mal]

с упоминанием о:

G41.0 (Эпилептический статус [grand mal]), кодируют **G41.0**

G41.1 (Эпилептический статус [petit mal]), кодируют **G41.1**

G40.8 Другая эпилепсия

G40.9 Эпилепсия неуточненная

с упоминанием о:

G41.— (Эпилептический статус), кодируют **G41.—**

G41.— Эпилептический статус

с упоминанием о:

G40.0 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная)
идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы
с судорожными припадками с локальным началом),
кодируют **G41.0**

G40.1 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная)
симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы
с простыми парциальными судорожными припадками),
кодируют **G41.1**

G40.2 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная)
симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы
со сложными парциальными судорожными припадками),
кодируют **G41.2**

G40.3 (Генерализованная идиопатическая эпилепсия и
эпилептические синдромы), кодируют **G41.3**

G40.4 (Другая генерализованная эпилепсия и эпилептические
синдромы), кодируют **G41.4**

G40.5 (Особые эпилептические синдромы), кодируют **G41.5**

G45.— Транзиторные церебральные ишемические атаки
и родственные синдромы

когда записана как причина:

F01.1 (Мультиинфарктная деменция), кодируют **F01.1**

F01.9 (Сосудистая деменция неуточненная), кодируют **F01.1**

F03 (Неуточненная деменция), кодируют **F01.1**

- G81 Гемиплегия, *или*
G82 Параплегия и тетраплегия, *или*
G83 Другие паралитические синдромы
Не используют, если причина паралича известна.

G93.4 Энцефалопатия неуточненная

с упоминанием о:

- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B22.0** или **B22.7**
R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B22.0** или **B22.7**

G97.— Нарушения нервной системы после медицинских процедур,
не классифицированные в других рубриках.
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по
хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).

H54.— (Ухудшение зрения, включая слепоту (бинокулярного
или монокулярного)). Пониженное зрение.
Не используют, если известно предшествующее состояние.

H59.— Поражения глаза и его придаточного аппарата после
медицинских процедур, не классифицированные
в других рубриках.
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по
хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).

H90.— Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха

H91.— Другая потеря слуха
Не используют, если причина потери слуха известна.

H95.— Поражения уха и сосцевидного отростка после медицинских
процедур, не классифицированные в других рубриках.
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по
хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).

I05.8 Другие болезни митрального клапана или болезнь сердца

I05.9 Болезнь митрального клапана неуточненная

когда неуточненная причина с упоминанием о:

I34.– (Поражения митрального клапана неревматические),
кодируют **I34.–**

I08.– Множественные болезни клапанов

Не используют для множественных уточненных болезней сердечных клапанов не ревматического происхождения. Если множественные болезни клапанов не ревматического происхождения записаны в одном и том же свидетельстве, первоначальная причина смерти должна быть выбрана при стандартном использовании правил выбора и модификации.

I09.1 Ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен, *или*

I09.9 Ревматическая болезнь сердца неуточненная

с упоминанием о:

I05–I08 (Хронические ревматические болезни сердца),
кодируют **I05–I08**

I10–I15 Гипертензивные болезни

когда записана как причина:

I71.– (Аневризма и расслоение аорты), кодируют **I71.–**

I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия

с упоминанием о:

I11.– (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I11.–**

I12.– (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **I12.–**

I13.– (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **I13.–**

I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

I50.– (Сердечная недостаточность), кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I11.0**

I51.4–I51.9 (Осложнения или неточно обозначенные описания болезни сердца), кроме случаев, когда уточнены как терминальные или острые, внезапные или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I11.0**

I60–I69 (Цереброваскулярные болезни), кодируют **I60–I69**

когда записана как причина:

H35.0 (Фоновая ретинопатия и другие сосудистые изменения),
кодируют **H35.0**
I05–I09 (Состояния, классифицированные в рубриках I05–I09,
но не уточненные как ревматические), кодируют **I34–I38**
I34–I38 (Неревматические болезни клапанов), кодируют **I34–I38**
N00–N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I12.–**
N18.– (Хроническая болезнь почек), кодируют **I12.–**
N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **I12.–**
N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **I12.–**

I11.– Гипертензивная болезнь сердца

с упоминанием о:

I12.– (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **I13.–**
I13.– (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **I13.–**
I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

когда записана как причина:

N00–N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I13.–**
N18.– (Хроническая болезнь почек), кодируют **I13.–**
N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **I13.–**
N26 (Неуточненная сморщенная почка,), кодируют **I13.–**

I12.– Гипертензивная [гипертоническая] болезнь почек

с упоминанием о:

I11.– (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I13.–**
I13.– (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **I13.–**
I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**
I50.– (Сердечная недостаточность), кроме случаев, когда
уточнена как терминальная или острая, внезапная или
похожие формулировки короткой продолжительности
(менее 24-х часов), кодируют **I13.0**
I51.4–I51.9 (Осложнения или неточно обозначенные описания
болезни сердца), кроме случаев, когда уточнены как
терминальные или острые, внезапные или
похожие формулировки короткой продолжительности
(менее 24-х часов), кодируют **I13.0**

I13.— Гипертензивная болезнь сердца и почек

с упоминанием о:

I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

I15.0 Реноваскулярная гипертензия

Не используют, если причина реноваскулярной гипертензии известна или может быть определена с помощью правил выбора. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.0**

I15.1 Вторичная гипертензия при других поражениях почек

Не используют, если причина поражения почек известна или может быть определена с помощью правил выбора. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **N28.9**

I15.2 Вторичная гипертензия при эндокринных нарушениях

Не используют, если причина эндокринных болезней известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **E34.9**

I15.8 Другая вторичная гипертензия

Не используют, если причина вторичной гипертензии известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.8**

I15.9 Вторичная гипертензия неуточненная

Не используют, если причина вторичной гипертензии известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.9**

I20.— Стенокардия [грудная жаба] *или*

I24.— Другие острые ишемические болезни сердца *или*

I25.— Хроническая ишемическая болезнь сердца

с упоминанием о:

I21.— (Острый инфаркт миокарда), кодируют **I21.—**

I22.— (Повторный инфаркт миокарда), кодируют **I21.—**

I22.— Повторный инфаркт миокарда

Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют **I21.—**

- I23.— Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют острый инфаркт миокарда (**I21.—**)
- I24.0 Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. В случае смерти предполагается возникновение инфаркта миокарда и присваивается код **I21.—**
- I25.2 Старый инфаркт миокарда
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если причина не установлена, кодируют «Другие формы хронической ишемической болезни сердца (**I25.8**)
- I27.9 Легочно-сердечная недостаточность неуточненная
- с упоминанием о:*
- M41.— (Сколиоз), кодируют **I27.1**
- I44.— Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка Гиса, *или*
- I45.— Другие нарушения проводимости, *или*
- I46.— Остановка сердца, *или*
- I47.— Пароксизмальная тахикардия, *или*
- I48.— Фибрилляция и трепетание предсердий, *или*
- I49.— Другие нарушения сердечного ритма, *или*
- I50.— Сердечная недостаточность, *или*
- I51.4–I51.9 Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца
- с упоминанием о:*
- B57.— (Болезнь Шагаса), кодируют **B57.—**
I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**
- I46.0 Остановка сердца с успешным восстановлением сердечной деятельности, *или*
- I46.9 Остановка сердца неуточненная
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая причина смерти, кодируют **R99.**
- I50.— Сердечная недостаточность, кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная или похожие формулировки короткой продолжительности

(менее 24-х часов), *или*

I51.9 Болезнь сердца неуточненная, кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов)

с упоминанием:

I10 (Эссенциальная (первичная) гипертензия), кодируют **I11.0**

I11.— (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I11.0**

I12.0 (Гипертензивная болезнь почек с почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**

I12.9 (Гипертензивная болезнь почек без почечной недостаточности), кодируют **I13.0**

I13.0 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью), кодируют **I13.0**

I13.1 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**

I13.2 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с (застойной) сердечной и почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**

I13.9 (Гипертензивная болезнь сердца и почек неуточненная), кодируют **I13.0**

M41.— (Сколиоз), кодируют **I27.1**

I50.0 Сердечная недостаточность неуточненная *или*

I51.9 Болезнь сердца неуточненная

с упоминанием о:

J81 (Отек легкого), кодируют **I50.1**

I60–I69 Цереброваскулярные болезни

когда записана как причина состояний:

F01–F03 (Деменция), кодируют **F01.—**

I65.— Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга, *или*

I66.— Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. В случае смерти предполагается возникновение инфаркта мозга и присваивается код **I63.—**

I67.2 Церебральный атеросклероз

с упоминанием о:

I60–I66 (Субарохноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, инсульт неуточненный как кровоизлияние или инфаркт, закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга), кодируют **I60–I64**

когда записана как причина состояний:

F03 (Деменция неуточненная), кодируют **F01.–**

G20 (Болезнь Паркинсона), кодируют **G21.4**

G21.9 (Вторичный паркинсонизм неуточненный), код **G21.4**

I69.– Последствия цереброваскулярной болезни

с упоминанием о:

I60-I66 (Цереброваскулярное заболевание, не классифицированное в рубрике I69.–),
кодируют **I60-I64**

I70.– Атеросклероз

с упоминанием о:

I10–I13 (Гипертензивная болезнь), кодируют **I10–I13**

I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

I50.– (Сердечная недостаточность), кодируют **I50.–**

I51.4 (Миокардит неуточненный), кодируют **I51.4**

I51.5 (Дегенерация миокарда), кодируют **I51.5**

I51.6 (Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная),
кодируют **I51.6**

I51.8 (Другие неточно обозначенные болезни сердца),
кодируют **I51.8**

I60–I69 (Цереброваскулярные болезни), кодируют **I60–I69**

когда записана как причина:

I05–I09 (Состояния, классифицированные в рубриках I05–I09,
но неуточненные как ревматические), кодируют **I34–I38**

I34–I38 (Неревматические поражения клапанов сердца),
кодируют **I34–I38**

- I42.0 (Дилатационная кардиомиопатия), *или*
- I42.1 (Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия), *или*
- I42.2 (Другая гипертрофическая кардиомиопатия), *или*
- I42.8 (Кардиомиопатия неуточненная), кодируют **I25.5**
Исключение: если кардиомиопатия описана, как
 врожденная, семейная, наследственная, идиопатическая,
 первичная или аналогичная, кодируют соответственно
I42.0-I42.2 или **I42.8-I42.9**
- I51.9 (Болезнь сердца неуточненная), кодируют **I25.1**
- I71-I78 (Другие болезни артерий, артериол и капилляров),
 кодируют **I71-I78**
- K55.- (Сосудистые болезни кишечника), кодируют **K55.-**

I70.1 Атеросклероз почечной артерии

когда записана как причина:

- N00-N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I12.-**
- N18.- (Хроническая болезнь почек), кодируют **I12.-**
- N19 (Неуточненная почечная недостаточность),
 кодируют **I12.-**
- N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **I12.-**

I70.9 Генерализованный и неуточненный атеросклероз

с упоминанием о:

- R02 (Гангрена, не классифицированная в других рубриках),
 кодируют **I70.2**

когда записана как причина:

- F01.- (Деменция сосудистая), кодируют **F01.-**
- F03 (Деменция неуточненная), кодируют **F01.-**
- G20 (Болезнь Паркинсона), кодируют **G21.4**
- G21.9 (Вторичный паркинсонизм неуточненный),
 кодируют **G21.4**
- N00-N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I12.-**
- N18.- (Хроническая болезнь почек), кодируют **I12.-**
- N19 (Неуточненная почечная недостаточность),
 кодируют **I12.-**
- N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **I12.-**

I71.1 Аневризма грудного отдела аорты разорванная

с упоминанием о:

I71.3 (Аневризма брюшного отдела аорты разорванная),
кодируют **I71.5**

I71.2 Аневризма грудного отдела аорты без упоминания о разрыве

с упоминанием о:

I71.4 (Аневризма брюшного отдела аорты без упоминания
о разрыве), кодируют **I71.6**

I71.3 Аневризма брюшного отдела аорты разорванная

с упоминанием о:

I71.1 (Аневризма грудного отдела аорты разорванная),
кодируют **I71.5**

I71.4 Аневризма брюшного отдела аорты без упоминания о разрыве

с упоминанием о:

I71.2 (Аневризма грудного отдела аорты без упоминания
о разрыве), кодируют **I71.6**

I97.— Нарушения системы кровообращения после медицинских
процедур, не классифицированные в других рубриках
Не используют для кодирования первоначальной причины
смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по
хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).

J00 Острый назофарингит [насморк] *или*

J06.— Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной
и неуточненной локализации

с упоминанием о:

R26.3 (Неподвижность), кодируют **J18.2**

когда записана как причина:

G03.8 (Менингит), кодируют **G03.8**

G06.0 (Внутричерепной абсцесс и гранулема),
кодируют **G06.0**

H65–H66 (Средний отит), кодируют **H65–H66**

- H70.— (Мастоидит и родственные состояния),
кодируют **H70.—**
- J09–J18 (Грипп и пневмония), кодируют **J09–J18**
- J20–J21 (Бронхит и бронхиолит), кодируют **J20–J21**
- J40–J42 (Неуточненный и хронический бронхит),
кодируют **J40–J42**
- J44.— (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),
кодируют **J44.—**
- N00.— (Острый нефритический синдром), кодируют **N00.—**

J18.— Пневмония, возбудитель не уточнен

с упоминанием о:

R26.3 (Неподвижность), кодируют **J18.2**

J20.— Острый бронхит

с упоминанием о:

- J41.— (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит),
кодируют **J41.—**
- J42 (Неуточненный хронический бронхит), кодируют **J42**
- J44 (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),
кодируют **J44**

J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический, *или*

J41.— Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит, *или*

J42 Неуточненный хронический бронхит

с упоминанием о:

- J43.— (Эмфизема), кодируют **J44.—**
- J44.— (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),
кодируют **J44.—**

когда записана как причина:

J45.— (Астма), кодируют **J44.—**

J43.— Эмфизема

с упоминанием о:

- J40 (Бронхит, не уточненный как острый или хронический),
кодируют **J44.—**

J41.– (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит),
кодируют **J44.–**

J42 (Неуточненный хронический бронхит), кодируют **J44.–**

J44.8–J44.9 Другая и неуточненная хроническая обструктивная
легочная болезнь

с упоминанием о:

J12–J18 (Пневмония), кодируют **J44.0**

J20–J22 (Другие острые респираторные инфекции нижних
дыхательных путей), кодируют **J44.0**

J60–J64 Пневмокониоз

с упоминанием о:

A15–A16 (Туберкулез органов дыхания), кодируют **J65**

J81 Отек легкого

с упоминанием о:

I50.9 (Сердечная недостаточность неуточненная),
кодируют **I50.1**

I51.9 (Болезнь сердца неуточненная), кодируют **I50.1**

J95.– Нарушения органов дыхания, возникшие после медицинских
процедур, не классифицированные в других рубриках. Не
используют для кодирования первоначальной причины смерти.
См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и
другим медицинским процедурам» (шаг M4).

K71 Токсическое поражение печени

с упоминанием о:

F10.– (Психические и поведенческие расстройства вследствие
употребления алкоголя), кодируют **K70.–**

K70.– (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.–**

T51.– (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.–**

K72.– Печеночная недостаточность, не классифицированная в
других рубриках

с упоминанием о:

- F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.4**
K70.0–K70.4 (Алкогольная болезнь печени),
 кодируют **K70.0–K70.4**
K70.9 (Алкогольная болезнь печени неуточненная),
 кодируют **K70.4**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.4**
- K73.— Хронический гепатит, не классифицированный в
 других рубриках
- с упоминанием о:*
- F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие
 употребления алкоголя), кодируют **K70.1**
K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.1**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.1**
- K74.0 Фиброз печени
- с упоминанием:*
- F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие
 употребления алкоголя), кодируют **K70.2**
K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**
- K74.1 Склероз печени
- с упоминанием:*
- F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие
 употребления алкоголя), кодируют **K70.2**
K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**
- K74.2 Фиброз печени в сочетании со склерозом печени
- с упоминанием о:*
- F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие
 употребления алкоголя), кодируют **K70.2**
K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**

К74.6 Другой и неуточненный цирроз печени

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **К70.3**

K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **К70.3**

T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **К70.3**

К75.8 Другие уточненные воспалительные болезни печени, если уточнены как стеатогепатит

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **К70.1**

K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **К70.1**

T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **К70.1**

К75.9 Воспалительная болезнь печени неуточненная

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **К70.1**

K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **К70.1**

T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **К70.1**

К76.0 Жировой гепатоз, не классифицированный в других рубриках

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **К70.0**

K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **К70.0**

T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **К70.0**

К76.9 Болезнь печени неуточненная

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **К70.9**

K70.— (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.9**
T51.— (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.9**

K85.9 Острый панкреатит неуточненный

с упоминанием о:

F10.— (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K85.2**

K91.— Нарушения пищеварительной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

L89.— Декубитальная язва и пролежень

когда записана как исходная предшествующая причина:

L89.— (Декубитальная язва и пролежень), кодируют **L89.—**
с четвертым знаком для указания более тяжелой стадии

M41.— Сколиоз

с упоминанием о:

I27.9 (Легочно-сердечная недостаточность неуточненная),
кодируют **I27.1**

I50.— (Сердечная недостаточность), кодируют **I27.1**

I51.9 (Болезнь сердца неуточненная), кодируют **I27.1**

M96.— Нарушения костно-мышечной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

N00.— Острый нефритический синдром

когда записана как причина:

N03.— (хронический нефритический синдром), кодируют **N03.—**

N18.— Хроническая болезнь почек

когда записана как исходная предшествующая причина:

N18.— (Хроническая болезнь почки) более тяжелой стадии, кодируют **N18.—** с использованием четвертого знака для указания более тяжелой стадии

N18.— Хроническая болезнь почек, *или*

N19 Почечная недостаточность неуточненная, *или*

N26 Сморщенная почка неуточненная

с упоминанием о:

I10 (Гипертензия эссенциальная (первичная)), кодируют **I12.—**

I11.— (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I13.—**

I12.— (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **I12.—**

N46 Бесплодие мужское *или*

N97.— Бесплодие женское

Не используют, если причина бесплодия известна.

N99.— Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.

Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

O08.— Осложнения после аборта, эктопической и молярной беременности

Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Используют рубрики **O00–O07**

O14.— Преэклампсия

с упоминанием о:

O15.— (Эклампсия), кодируют **O15.—**

O30.— Многоплодная беременность

Не используют для кодирования первоначальной причины смерти, если записано более точное осложнение

O32.— Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода

с упоминанием о:

О33.– (Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров плода и таза), кодируют **О33.–**

О33.9.– Медицинская помощь матери при неуточненном несоответствии размеров плода и таза

с упоминанием о:

О33.0–О33.3 (Медицинская помощь матери при несоответствии размеров плода и таза), кодируют **О33.0–О33.3**

О64.– Осложненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода

с упоминанием о:

О65.– (Осложненные роды вследствие аномалий таза у матери), кодируют **О65.–**

О94 Последствия осложнений беременности, деторождения и послеродового периода
Не используют для кодирования смертности. Если смерть явилась, результатом осложнения беременности, деторождения и послеродового периода, кодируют «Смерть от последствий акушерских причин (**О97.–**)».

Р07.– Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и низким весом при рождении, не классифицированные в других рубриках, *или*

Р08.– Расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела.

Не используют, если записана любая другая причина перинатальной смерти. Это правило не применяется, если записана единственная другая причина перинатальной смертности – дыхательная недостаточность у новорожденного (**Р28.5**).

Р70.3–Р72.0 Преходящие эндокринные и обменные нарушения, специфические для плода и новорожденного
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая перинатальная причина, кодируют «Состояние, возникающее в

перинатальном периоде, неуточненное (**P96.9**).

P72.2–P74 Преходящие эндокринные и обменные нарушения, специфические для плода и новорожденного
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая перинатальная причина, кодируют «Состояние, возникающее в перинатальном периоде, неуточненное (**P96.9**)».

P95 Смерть плода по неуточненной причине
Не используется для кодирования смертности живорожденных. В случае смерти плода, не используется для кодирования первоначальной причины, если записана любая другая причина смерти плода.

Q44.6 Кистозная болезнь печени
с упоминанием о:
Q61.1–Q61.3 (Поликистозная болезнь почек),
кодируют **Q61.1–Q61.3**

R57.2 Септический шок *или*

R65.0 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения без недостаточности функции органов, *или*

R65.1 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с недостаточностью функции органов, *или*

R65.9 Синдром системного воспалительного ответа неуточненный.
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодировать как исходное инфекционное заболевание (**A00–B99**). Если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют «Сепсис неуточненный» (**A41.9**).

R64 Кахексия

с упоминанием о:

B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B22.2** или **B22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют
соответственно кодами **B22.2** или **B22.7**

R69.– Неизвестные или неуточненные причины заболеваемости
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Используют соответственно коды **R95–R99**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ)

когда записана как причина:

A00–B99 (Некоторые инфекционные и паразитарные болезни),
кодируют соответственно **B20.**– или **B22.7**

S00–T98 Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин.

Не используют для кодирования первоначальной причины смерти, кроме как в виде дополнительного кода к соответствующим рубрикам **V01–Y89.**

Когда заболевание, связанное с нарушением плотности кости, записано как причина падения или перелома, перелом следует рассматривать как патологический, и кодировать **M80.** Также считают перелом патологическим, если он записан на той же строке, что и заболевание, связанное с нарушением плотности кости, но только если перелом и заболевание записаны рядом друг с другом.

T00–T07 Травмы, захватывающие несколько областей тела

Не используются для кодирования основной травмы, если доступна более точная информация о травмах. Кодируют каждую травму отдельно, и выбирают основную травму в соответствии с инструкциями в разделе 4.2.6. «Специальные инструкции по основной травме при смерти от внешних причин».

T79.– Некоторые ранние осложнения травм, не классифицированные в других рубриках

Не используют, если известна исходная травма.

V01–X59 Несчастные случаи

с упоминанием о:

A35 (Другие формы столбняка), кодируют **A35**

Y90–Y98 Дополнительные факторы, связанные с причинами заболеваемости и смертности, классифицированные в других рубриках. Не используют для кодирования первоначальной причины смерти.

Z00–Z99 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации.

Не используют для кодирования первоначальной причины

смерти.

U82.0-U82.9 Устойчивость к антибиотикам группы беталактама
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.

U83.0-U83.9 Устойчивость к другим антибиотикам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.

U84.0 Устойчивость к противопаразитарным средствам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B89**.

U84.1 Устойчивость к противогрибковым средствам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B49**.

U84.2 Устойчивость к противовирусным средствам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B34.9**.

U84.3 Устойчивость к противотуберкулезным средствам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **A16.9**.

U84.7 Устойчивость к нескольким противомикробным средствам
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.

- U84.8 Устойчивость к другому уточненному
 противомикробному средству
 Не используется для кодирования первоначальной
 причины смерти. Кодируют исходное инфекционное
 заболевание. Если ни одно исходное инфекционное
 заболевание не упоминается, кодируют **B99**
- U84.9 Устойчивость к неуточненным противомикробным
 средствам
 Не используется для кодирования первоначальной
 причины смерти. Кодируют исходное инфекционное
 заболевание. Если ни одно исходное инфекционное
 заболевание не упоминается, кодируют **B99**
- U85 Устойчивость к противоопухолевым средствам
 Не используется для кодирования первоначальной
 причины смерти. Кодируют исходное инфекционное
 заболевание. Если ни одно исходное инфекционное
 заболевание не упоминается, кодируют **C80.9**

Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам

А. Причина хирургического вмешательства или процедуры определена

Если предварительной отправной точкой, которая была установлена применением шагов SP1–SP7 и M1–M4, оказалось хирургическое вмешательство или другая медицинская процедура, при этом в свидетельстве указана причина, по которой было выполнено это хирургическое вмешательство или процедура, то выбирают эту причину как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано.

В. Причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, записано осложнение

Если причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, но при этом записано осложнение, поступают, как описано ниже:

- в первую очередь проверяют, нет ли в Алфавитном указателе по умолчанию кода для причины хирургического вмешательства или процедуры. Если есть, то это и будет новая отправная точка. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, определяют, не указывает ли вид хирургического вмешательства или процедуры на уточненный орган или локализацию. Если такие указания есть, используют код остаточной рубрики для оперированного органа или локализации как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, а тип хирургического вмешательства или процедуры не указывает на конкретный орган или локализацию, проверяют, нет ли в свидетельстве упоминания о несчастном случае во время этих процедур. Если такое упоминание имеется, используют соответствующие коды O74, O75.4 или Y60–Y69 как первоначальную причину смерти;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию, вид хирургического вмешательства или процедуры не указывает на орган или локализацию, и в свидетельстве нет упоминания о несчастном случае во время процедуры, используют соответствующие коды O74, O75.4 или Y83–Y84 как первоначальную причину смерти.

С. Причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, осложнение не записано

Если причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, и не записано осложнение, поступают, как описано ниже:

- в первую очередь проверяют, нет ли в Алфавитном указателе кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры. Если такой код есть, то он и будет новой отправной точкой. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, определяют, не указывает ли вид хирургического вмешательства или процедуры на уточненный орган или локализацию. Если такие указания есть, то используют код остаточной рубрики для органа или локализации как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию, и вид хирургического вмешательства или процедуры не указывает на орган или локализацию, кодируют рубрикой R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти».

Пример 1 1(а) Легочная эмболия
(б) Аппендэктомия
(в)
(г)
2

Свидетельство не уточняет причину оперативного вмешательства, но термин аппендэктомия указывает на червеобразный отросток, как оперированный орган. Кодируют K38.9 «Болезнь червеобразного отростка неуточненная» как первоначальную причину смерти.

Пример 2: 1(а) Случайный прокол аорты
(б) Лапаротомия
(в)
(г)
2

Свидетельство не уточняет причину хирургического вмешательства, а термин «лапаротомия» не определяет уточненный орган. Однако имеется упоминание о несчастном случае во время хирургического вмешательства. Кодируют

несчастный случай – случайный прокол аорты во время лапаротомии как первоначальную причину смерти (Y60.0 «Случайный порез, прокол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры при проведении хирургической операции»).

Пример 3: 1(а) Послеоперационное кровотечение
(б) Кесарево сечение
(в) Затяжные роды
(г)
2

Свидетельство указывает на причину проведенного хирургического вмешательства. Кодировать в качестве первоначальной причины смерти эту причину хирургического вмешательства (O63.9 «Затяжные роды неуточненные»).

Пример 4: 1(а) Лапаротомия
(б)
(в)
(г)
2

Свидетельство не уточняет, почему было проведено хирургическое вмешательство, и термин «лапаротомия» не указывает на уточненный орган. Также не упоминается об осложнении. Кодировать рубрикой R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» в качестве первоначальной причины смерти.

D. Медицинские устройства, с которыми связаны несчастные случаи в результате воздействия внешних причин

Если смерть вызвана происшествием с медицинским устройством вследствие воздействия внешней причины, а не связана с какой-либо поломкой или неисправностью самого устройства, кодируют внешнюю причину как первоначальную причину смерти.

Пример 5: 1 (а) Ингаляционная пневмония
(б) Кровотечение из трахеи
(в) Падение с кровати, будучи присоединенным к аппарату ИВЛ
(г)
2 Использование ИВЛ после трансплантации печени

Отсутствует упоминание о поломке или неисправности аппарата ИВЛ или интубационной трубки. Кодируют «Падение, связанное с кроватью» (W06) – несчастный случай, вызвавший кровотечение, – как первоначальную причину смерти.

Пример 6: 1(а) Отек легкого
(б) Остановка насоса внутриаортального баллона
(в) Отключение электроэнергии в результате урагана
(г) Недавний инфаркт миокарда с митральной недостаточностью
2

Насос прекратил свою работу, но не в результате неисправности или поломки, а из-за отключения электроэнергии. Кодируют причину отключения электроэнергии – разрушительный шторм – как первоначальную причину смерти (X37 «Жертва разрушительного шторма»).

Если внешняя причина происшествия недостаточно четко классифицирована, кодируют «Воздействие неуточненного фактора, вызвавшего другую и неуточненную травму» (X59.9).

Пример 7: 1(а) Сердечная и дыхательная недостаточность
(б) Прекращение приема инотропных препаратов
(в) Случайное смещение подключичной линии
(г)
2 Хирургическое вмешательство по причине острого разрыва желчного пузыря

Здесь нет упоминания о неисправности или поломке оборудования. Поскольку происшествие, в результате которого была смещена подключичная линия, не описано, кодируют X59.9 «Воздействие неуточненного фактора, вызвавшего другую и неуточненную травму».

**Перечень состояний, которые должны считаться прямыми
следствиями медицинских процедур**

- Состояние, указанное в данном перечне, должны рассматриваться прямым следствием медицинской процедуры, если эта процедура была выполнена в пределах четырех недель, предшествующих смерти.
- Ни одно из состояний, указанных в перечне, не должно рассматриваться прямым следствием процедуры, если имеются данные, указывающие на то, что это состояние существовало до того, как была выполнена процедура.
- Состояние с пометкой «ДППП» (другая причина потребовавшейся процедуры) должно рассматриваться очевидным следствием процедуры только в том случае, если в свидетельстве указана еще одна причина выполнения этой процедуры.
- Состояние с пометкой «ПУВПП» (продолжительность указана, возникло после процедуры) должно рассматриваться очевидным следствием медицинской процедуры только в том случае, если есть явные доказательства того, что это состояние возникло после этой процедуры.
- Спайки должны рассматриваться очевидным следствием процедуры той же локализации или в той же области даже по истечении более четырех недель. Если данная процедура выполнялась раньше, чем за один год до смерти, используют коды для последствий медицинской помощи.

Инфекции	Пометка
Абсцесс	ДППП
Бактериемия	
Свищ	ДППП и только для процедуры той же локализации или той же области
Газовая гангрена	
Инфекция, гемолитическая	
Инфекция БДУ	ПУВПП
Инфекция в хирургической ране	
Сепсис	
Септический	
Кровотечение, гемолиз	Пометка
Коагулопатия потребления	
Диссеминированное	

внутрисосудистое свертывание (ДВС)	
Кровотечение БДУ	
Кровотечение желудочно-кишечное	ДППП
Кровотечение внутрибрюшное	ДППП
Кровотечение прямокишечное	ДППП
Кровотечение из хирургической раны	
Кровотечение из уточненной локализации	Только для процедуры той же локализации или области
Кровавая рвота	ДППП
Гематома	ДППП
Гемоторакс	ДППП
Гемолиз	
Мелена	ДППП
Сердечные осложнения	Пометка
Остановка сердца	
Аритмия БДУ	ПУВПП
Асистолия	
Блокада сердца	ПУВПП
Сердечная недостаточность	
Фибрилляция предсердий	ПУВПП
Фибрилляция желудочков	
Инфаркт миокарда	
Ишемия миокарда (острая)	
Разрыв миокарда	
Цереброваскулярные и другие церебральные осложнения	Пометка
Апоплексия	ПУВПП
Повреждение мозга (аноксическое)	ПУВПП
Эмболия головного мозга	ПУВПП
Кровоизлияние внутримозговое, внутричерепное	ПУВПП
Инфаркт головного мозга	ПУВПП
Ишемия головного мозга/цереброваскулярная	ПУВПП
Поражение головного мозга/цереброваскулярное	ПУВПП
Менингит	ПУВПП
Отек головного мозга	ПУВПП
Инсульт	ПУВПП
Тромбоз головного мозга	ПУВПП
Другие сосудистые осложнения	Пометка

Остановка кровообращения	
Эмболия (артериальная)	
Эмболия, жировая/воздушная	
Эмболия легочная	
Эмболия венозная	
Недостаточность кровообращения	
Гипотензия	
Инфаркт легочный	
Инфаркт (любой локализации)	
Закупорка (любой локализации)	
Флебит (любой локализации)	
Флеботромбоз (любой локализации)	
Тромбофлебит (любой локализации)	
Тромбоз артериальный	
Тромбоз венозный	
Тромбоз БДУ (любой локализации)	
Респираторные осложнения	Пометка
Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ)	
Алкалоз и ацидоз респираторный	
Остановка дыхания	
Аспирация	
Ателектаз	
Бронхит	ПУВП
Выпот в плевральную полость	
Эмпиема	ДППП
Свищ, бронхоплевральный или пищеводный	ДППП
Недостаточность легочная	
Недостаточность дыхательная	
Медиастинит	
Нарушение проходимости верхних дыхательных путей	ДППП
Отек гортани	ДППП
Отек/застой легочный	
Пневмония	
Пневмоторакс	ДППП
Желудочно-кишечные осложнения	Пометка
Абсцесс внутрибрюшной	ДППП
Запор	ДППП
Расширение желудка	ДППП
Расстройство сосудистое желудочно-	ДППП

кишечное	
Эмболия брыжеечная	ДППП
Печеночная недостаточность	ПУВПП
Свищ желчный/кишечный/ прямокишечно-влагалищный	ДППП
Кишечная непроходимость	ДППП
Ишемия кишечника	ДППП
Некроз желудочно-кишечный	ДППП
Закупорка кишечника (механическая)	ДППП
Перитонит	ДППП
Язва желудочно-кишечная (стрессовая)	ДППП
Заворот кишок	ДППП
Осложнения со стороны почек и мочевых путей	Пометка
Анурия	
Недостаточность почечная	
Свищ мочевой	ДППП
Инфекция мочевая	
Пиелонефрит	ПУВПП
Задержка мочи	
Стриктура уретры	ДППП
Уремия	
Уросепсис	
Другие осложнения	Пометка
Спайки	Только для процедуры той же локализации или области
Футлярный синдром	ДППП
Осложнение(я) БДУ	
Криз тиреотоксический	ПУВПП
Смещение протеза	
Недостаточность полиорганная	
Гангрена	
Несостоятельность анастомоза	ДППП
Некроз жировой/раневой	ДППП
Судороги (эпилептические)	ПУВПП
Шок БДУ	
Шок анафилактический	
Язва декубитальная	

Перечень состояний, которые следует рассматривать как очевидные следствия других инвазивных медицинских процедур

А. Очевидные следствия катетеризации сердца (Y84.0)

Сепсис, септический шок

Бактериемия

МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)

Грибковый сепсис

Фунгемиа

Инфекция, связанная с катетеризацией

Септический тромбофлебит

Инфекционный эндокардит

Инфаркт миокарда

Только при наличии указания на его развитие после катетеризации

Тромбоз коронарных артерий

Только при наличии указания на его развитие после катетеризации

Эмболия коронарных артерий

Только при наличии указания на ее развитие после катетеризации

Разрыв коронарной артерии

Только при наличии указания на его развитие после катетеризации

Остановка сердца

Эмболия сердца

Синдром холестериновой эмболии

Легочная эмболия

Кровотечение

Кровопотеря

Гемоперитонеум

Кардиогенный шок

Только при наличии указания на его развитие после катетеризации

Гипотензивный шок

Только при наличии указания на его развитие после катетеризации

В. Очевидные следствия почечного диализа (Y84.1)

Сепсис, септический шок

Бактериемия

МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)

Инфекционный эндокардит

Грибковый сепсис

Фунгемиа

Инфекция, связанная с катетеризацией

Септический тромбофлебит

Перитонит

Пневмония

Гипотензия (во время диализа)

Гиповолемический шок

Кровотечение

**С. Очевидные следствия радиологических процедур
и лучевой терапии (Y84.2)**

Перикардит	При повторных облучениях одного и того же участка
Рестриктивная болезнь легких	При повторных облучениях одного и того же участка
Непроходимость тонкого кишечника	При повторных облучениях одного и того же участка
Миелит шейного отдела спинного мозга	При повторных облучениях одного и того же участка
(Интерстициальный) фиброз	При повторных облучениях одного и того же участка
Остеонекроз	При повторных облучениях одного и того же участка
Мукозит	При повторных облучениях одного и того же участка
Свищ	При повторных облучениях одного и того же участка
Стриктура или рубцы	При повторных облучениях одного и того же участка

Д. Очевидные следствия аспирации жидкости (Y84.4)

Гемоторакс	При аспирации или пункции, проведенных в этом же месте
Кровотечение	При аспирации или пункции, проведенных в этом же месте

Е. Очевидные следствия катетеризации мочевого пузыря (Y84.6)

Инфекция мочевыводящих путей
Уросепсис

Г. Очевидные следствия других медицинских процедур (Y84.8)

*– Установка зонда для энтерального питания, ЧЭГ (чрескожная
эндоскопическая гастростомия)*

Аспирационная пневмония	
Раневая инфекция брюшной полости	
Инфекция брюшной стенки	Если абсцесс или инфекция развились в месте ЧЭГ
Аспирация	
Свищ	Если свищ возник в месте ЧЭГ

– Пересадка костного мозга

Сепсис, септический шок
Бактериемия
МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)
Грибковый сепсис
Фунгемия
Некротизирующий фасциит
Тромбоцитопения
Болезнь «трансплантат против хозяина»

– Установка внутривенного/артериального катетера

Сепсис, септический шок	
Бактериемия	
МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)	
Грибковый сепсис	
Фунгемия	
Инфекция, связанная с катетеризацией	
Септический тромбофлебит	При инфицировании места установки катетера/порта
Инфекционный эндокардит	
Флегмона	Если развилась в месте установки сосудистого катетера/порта
Абсцесс	Если развился в месте установки сосудистого катетера/порта
Гематома	Если развилась в месте установки сосудистого катетера/порта
Кровотечение	Если возникло в месте установки сосудистого катетера/порта
Гемоторакс	Если возник в результате установки сосудистого катетера/порта

– Проведение реанимационных мероприятий

Перелом (ы) ребер

– Проведение биопсии

Кровотечение	Если возникло в месте проведения биопсии
Пневмоторакс	Если возник в результате проведения биопсии
Спайки	Если образовались в месте проведения биопсии

Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин

Если первоначальная причина, которую выбрали применением соответствующих правил выбора и модификации на шагах SP1–SP8 и M1–M3, является внешней причиной, кодируют эту внешнюю причину как первоначальную причину смерти. В дополнение к первоначальной причине смерти из XX класса «Внешние причины заболеваемости и смертности», также кодируют основную травму. Данное правило касается как травм тела, так и отравлений. Специальные инструкции по определению основного отравления при смертельных отравлениях – см. раздел 4.2.7.

Если более чем одна травма записаны в свидетельстве, применяют следующие инструкции:

(а) Когда записанные травмы включают поверхностные и незначительные травмы (такие, которые перечислены в Приложении 5 «Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти»), записанные в Части 1 или в Части 2 свидетельства, выбирают основную травму, как если бы поверхностные или незначительные травмы не были указаны.

Пример 1: 1(а) Ушиб плеча и перелом черепа
(б)
(в)
(г) Падение со строительных лесов ¹
2

Падение со строительных лесов является первоначальной причиной смерти. Кодировать первоначальную причину рубрикой W12 «Падение на строительных лесах и с них». Как основную травму кодируют перелом черепа (S02.9 «Перелом черепа и лицевых костей неуточненной части»). Игнорируют ушиб плеча (T11.0 «Поверхностная травма верхней конечности на неуточненном уровне»), так как это состояние указано в Приложении 5 «Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти».

(б) В случае если тяжелые (не поверхностные и не незначительные) травмы указаны как в Части 1, так и в Части 2, выбирают основную травму из Части 1. Это правило применимо даже в том случае, если травмы, записанные в Части 2, имеют более высокий ранг в соответствии с Приложением 7.7 «Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы», чем травмы, упомянутые в Части 1.

Пример 2: 1(а) Множественные внутригрудные травмы
(б)
(в)
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом
2 Травмы головного мозга

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют «Множественные травмы грудной клетки» (S29.7). Травма внутримозговая неуточненная (S06.9) имеет более высокий ранг в соответствии с Приложением 16, чем множественные травмы грудной клетки, но множественные травмы грудной клетки указаны в

Части 1, поэтому имеют преимущество перед травмами головного мозга, указанными в Части 2.

В случае если тяжелые травмы указаны только в Части 2, выбирают основную травму из Части 2.

(с) Если более чем одна тяжелая травма записаны в основной части свидетельства, выбирают основную травму в соответствии с Приложением 16 «Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы». При этом учитывают, что наиболее высокий приоритетный ранг – 1, наименее высокий – 6.

Пример 3: 1(а) Множественные внутригрудные травмы и травмы головного мозга
(б)
(в)
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом
2

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом, как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют травму головного мозга (S06.9 «Травма внутримозговая неуточненная»), которая имеет более высокий приоритетный ранг в перечне приоритетных рангов, чем множественные травмы грудной клетки (S29.7).

(d) Если более чем одна серьезная травма записаны в основной части свидетельства, и они имеют одинаковый или наиболее высокий ранг, выбирают первую упомянутую травму. Тем не менее, предпочтение отдают уточненной травме, чем травмам, указанным в блоке T00–T07 «Травмы, захватывающие несколько областей тела», если у них одинаковые ранги.

Пример 4: 1(a) Множественные травмы с разрывом аорты
(б)
(в)
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом
2

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют разрыв аорты (S25.0 «Травма грудного отдела аорты»). Множественные травмы (T07) и разрыв аорты имеют одинаковый ранг, однако указанная уточненная травма имеет приоритет над травмами, указанными в блоке T00–T07 «Травмы, захватывающие несколько областей тела».

**Специальные инструкции по отравлениям лекарственными средствами,
медикаментами и биологическими веществами**

А. Первоначальная внешняя причина

Если первоначальная причина, выбранная при выполнении шагов SP1–SP8 и M1–M3, – отравление, при этом в свидетельстве указано более одного лекарственного средства, и у этих лекарственных средств различные коды внешних причин, выбирают первоначальную внешнюю причину по следующим правилам:

(а) Если одно из указанных в свидетельстве лекарственных средств уточнено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, кодируют внешнюю причину кодом этого лекарственного средства как первоначальную причину смерти.

Пример 5: 1(а)
(б)
(в)
(г) Случайная передозировка героином
2 Употребление диазепама и amitriptyline

Записав передозировку героином в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил героин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление героином в качестве первоначальной внешней причины (X42 «Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках»).

Пример 6: 1(а)
(б)
(в)
(г) Отравление амфетамином
2 Токсические уровни героина и феназепама

Записав отравление амфетамином в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил амфетамин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление амфетамином в качестве первоначальной внешней причины (X41 «Случайное отравление и воздействие

противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»).

Пример 7: 1(a)
(б)
(в)
(г) Отравление алкоголем
2 Токсические уровни героина и феназепама

Записав отравление алкоголем в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил алкоголь как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление алкоголем в качестве первоначальной внешней причины (X45 «Случайное отравление и воздействие алкоголем»).

(b) Если ни одно из лекарственных средств не уточнено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, сначала необходимо получить дополнительную информацию от специалиста, заполнившего свидетельство. Если никаких пояснений получить не удастся, кодируют:

- комбинацию алкоголя с лекарственным средством – по лекарственному средству;
- другие случаи смерти от нескольких лекарственных средств – по соответствующей рубрике «Другие».

Пример 8: 1(a)
(б)
(в)
(г) Токсические уровни героина и амфетамина
2

Ни героин, ни амфетамин не определены в качестве наиболее важного вещества, повлекшего смерть. Кодировать «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (X44).

Пример 9: 1(a)
(б)
(в)
(г) Случайное отравление алкоголем, героином и диазепамом
2

Ни одно из веществ не определено в качестве наиболее важного вещества, повлекшего смерть. Отравление комбинациями алкоголя и лекарственных средств кодируется как отравление лекарственными средствами. Кодируют «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (X44). Продолжают определение наиболее важного лекарственного средства и кодируют его по характеру отравления.

В. Основное отравление по характеру

Если первоначальная причина – отравление, используют код по характеру отравления для отравления, указанный в классе XIX «Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин». Если записано только одно токсическое вещество, кодируют это основное вещество по характеру отравления. Если записано несколько токсических веществ, определяют наиболее важное из них и кодируют по характеру отравления. Для определения наиболее важного вещества следуют инструкциям, указанным ниже.

(а) Если одно токсическое вещество уточнено как причина смерти, кодируют это вещество.

Пример 10: 1(а)
 (б)
 (в)
 (г) Случайная передозировка героином
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав в Части 1 свидетельства только передозировку героином, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил героин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление героином в качестве первоначальной внешней причины смерти (X42 «Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках»). По характеру отравления кодируют отравление героином (T40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

Пример 11: 1(а)
 (б)
 (в)
 (г) Отравление алкоголем
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав в Части 1 свидетельства только отравление алкоголем, а остальные вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил алкоголь как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление алкоголем в качестве первоначальной внешней причины смерти (X45 «Случайное отравление и воздействие алкоголем»). Кодировать отравление алкоголем по характеру отравления (T51.9 «Токсическое действие спирта неуточненного»).

(b) Если более одного токсического вещества указано как причина смерти, кодируют комбинации алкоголя и лекарственных средств по лекарственному средству.

Пример 12: 1(a)
 (б)
 (в)
 (г) Токсическое действие алкоголя и флуниотразепама
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав токсическое действие флуниотразепама и алкоголя в Части 1, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил флуниотразепам и алкоголь как наиболее важные вещества, повлекшие смерть. Из этих двух веществ выбирают отравление флуниотразепамом, поскольку при комбинации алкоголя и лекарственного средства кодируют лекарственное средство. Выбирают случайное отравление флуниотразепамом как первоначальную внешнюю причину смерти (X41 «Случайное отравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»). Кодировать отравление флуниотразепамом по характеру отравления (T42.4 «Отравление противоэпилептическими, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами, бензодиазепинами»).

(с) Если нет соответствующей доступной комбинации в рубрике, выбирают код первоначальной причины смерти по характеру отравления и кодируют в следующем приоритетном порядке:

1. Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], опиоидами, другими синтетическими наркотиками, другими и неуточненными наркотиками (T40.0–T40.4, T40.6).

Смерти, вызванные несколькими опиоидами, классифицируемые более чем в одной из четырехзначных подрубрик Т40.0–Т40.4, Т40.6, должны быть расставлены в следующем приоритетном порядке:

- 1a. Отравление героином (Т40.1)
- 1b. Отравление метадоном (Т40.3)
- 1c. Отравление опиумом (Т40.0)
- 1d. Отравление другими опиоидами (Т40.2)
- 1e. Отравление другими синтетическими наркотиками (Т40.4)
- 1f. Отравление другими и неуточненными наркотиками (Т40.6)
2. Отравление средствами для ингаляционного и внутривенного наркоза, анестезирующими средствами неуточненными (Т41.0–Т41.2, Т41.4), включая пропофол.
3. Отравление трициклическими и тетрациклическими антидепрессантами (Т43.0)
4. Отравление барбитуратами (Т42.3)
5. Отравление производными 4-аминофенола (Т39.1), включая АРАР, ацетаминофен, парацетамол
6. Отравление антипсихотическими средствами и нейролептиками (Т43.3–Т43.5), включая фенотиазин, бутирофенон, тиоксантен и другие и неуточненные антипсихотические и нейролептические средства
7. Отравление противоэпилептическими средствами, противопаркинсоническими средствами и неуточненными седативными средствами (Т42.0–Т42.2, Т42.5–Т42.8)
8. Отравление кокаином (Т40.5)
9. Отравление психостимулирующими препаратами с возможностью пристрастия к ним (Т43.6), включая амфетамины и дериваты
10. Отравление антидепрессантами – ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), антидепрессантами и другими неуточненными антидепрессантами (Т43.1, Т43.2), включая селективные ингибиторы серотонина (SSRIs), венлафаксин

11. Отравление бензодиазепинами (Т42.4)

12. Отравление лекарственными средствами и веществами, не перечисленными выше.

Если указано более одного лекарственного средства, и все они расположены в одной и той же приоритетной группе, кодируют первое упомянутое средство.

Необходимо учесть, что для отравлений выбранная первоначальная причина не всегда соответствует коду характера отравления. Так, например, первоначальная причина может быть выражена комбинацией токсических веществ, но код характера отравления определяется по наиболее важному веществу.

Пример 13: 1(a)

(б)

(в)

(г) Токсическое действие кокаина, героина, диазепама и амитриптилина

2

Ни одно из этих веществ не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, также нет отдельного кода рубрики для комбинации этих веществ. Кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» как первоначальную внешнюю причину смерти.

По характеру отравления кодируют отравление героином. В перечне приоритетов, приведенном выше, кокаин (Т40.5) находится в группе 8, героин (Т40.1) – в группе 1А, диазепам (Т42.4) – в группе 11 и амитриптилин (Т43.0) – в группе 3. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

Пример 14: 1(a)

(б)

(в)

(г) Передозировка героина, кокаина, диазепама и амитриптилина

2

Ни одно из этих веществ не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, также нет отдельного кода рубрики

для комбинации этих веществ. Кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» как первоначальную внешнюю причину смерти.

Далее кодируют отравление героином по характеру отравления. В перечне приоритетов, приведенном выше, кокаин (Т40.5) находится в группе 8, героин (Т40.1) – в группе 1А, диазепам (Т42.4) – в группе 11, амитриптилин (Т43.0) – в группе 10. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

Пример 15: 1(a)
 (б)
 (в)
 (г) Случайное отравление алкоголем, героином и диазепамом
2

Отравления комбинацией алкоголя и лекарственных средств кодируют по лекарственному средству (см. инструкцию в разделе 4.2.7В, подразделе (b) выше). В случае, когда ни одно из лекарственных средств, указанных в свидетельстве в Части 1, не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, а также не имеется специального кода рубрики для этой комбинации лекарственных средств, первоначальную внешнюю причину смерти кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами».

Далее кодируют отравление героином по характеру отравления. В перечне приоритетов героин (Т40.1) находится в группе 1а, диазепам (Т42.4) – в группе 11. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

Специальные инструкции по материнской смертности

Если беременность, деторождение и послеродовой период упомянуты в любом месте свидетельства, в большинстве случаев первоначальная причина кодируется кодами XV класса «Беременность, деторождение и послеродовой период». Это делают или потому, что первоначальная причина, которую выбирают, применив шаги SP1-SP8 и M1-M4, относится к XV классу в соответствии с Алфавитным указателем, или потому, что в XV классе есть специальный код для состояния, если оно возникает во время беременности, деторождения и в послеродовом периоде.

Используют следующие инструкции, чтобы определить, должно ли быть отнесено к XV классу состояние, классифицируемое в других разделах МКБ.

Необходимо обратить внимание, что эти инструкции не применяются к состояниям, классифицированным в XV классе в Алфавитном указателе.

- Если беременность, деторождение и послеродовой период указаны в любой части свидетельства, но нет четких указаний на то, что беременность, деторождение или послеродовой период способствовали смерти, сначала необходимо запросить у специалиста, заполнившего свидетельство, дополнительную информацию:
 - если специалист настаивает, что смерть была осложнением беременности, деторождения или послеродового периода, кодируют первоначальную причину в соответствии с XV классом «Беременность, деторождение и послеродовой период»;
 - если специалист настаивает, что смерть не была вызвана осложнением беременности, деторождения или послеродового периода, не кодируют первоначальную причину кодами XV класса «Беременность, деторождение и послеродовой период»;
 - если невозможно получить дополнительную информацию, но беременность, деторождение или послеродовой период указаны в Части 1 или 2 свидетельства, кодируют первоначальную причину в соответствии с XV классом «Беременность, деторождение и послеродовой период».
- Если выбранная первоначальная причина относится к рубрикам O98–O99 («Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие течение беременности, деторождения и послеродового периода» и «Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие течение беременности, деторождения и послеродового периода»), добавляют дополнительный код из классов I–XVI, как

множественную причину смерти. Это очень важно, поскольку в противном случае ключевая информация о смерти получена не будет.

- Учитывают, что некоторые состояния не кодируются кодами XV класса, даже если они развились во время беременности, деторождения или в послеродовом периоде, см. также «Исключения» в начале XV класса.

Пример 1: 1(a) Эмболия амниотической жидкостью
(б)
(в)
(г)
2

Первоначальная причина – «Эмболия амниотической жидкостью», классифицируется в XV классе (O88.1).

Пример 2: 1(a) Отек легкого
(б) Митральная регургитация, беременность
(в)
(г)
2

Первоначальная причина – митральная регургитация – кодируется в XV классе, так как беременность указана в Части 1 свидетельства. Кодировать первоначальную причину подрубрикой «Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (O99.4). Для большего уточнения также добавляют код недостаточности митрального клапана (I34.0) к записи.

Пример 3: 1(a) Кровотечение
(б) Рак шейки матки
(в)
(г)
2 Лечение отложено из-за беременности

Первоначальная причина – рак шейки матки, кодируется в XV классе, поскольку беременность указана в Части 2 свидетельства. Кодировать первоначальную причину подрубрикой «Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (O99.8). Для большего уточнения также добавляют код рака шейки матки (C53.9) к записи.

Пример 4: 1(a) Печеночная недостаточность
(б) Геморрагическая лихорадка Денге 5 дней
(в)

(г)

2 Дополнительная информация: 40 дней после родов

Кодируют первоначальную причину подрубрикой «Другие вирусные болезни, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период (O98.5). Для большего уточнения также добавляют код лихорадки Денге (A97) к записи.

Коды трех групп предотвратимых причин смерти
(цит. по «Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. Под научной редакцией Ю.В. Михайловой и А.Е. Ивановой, М, ЦНИИОИЗ, - 2006)

Причины смерти и классы причин	Коды по МКБ-10
I группа причин	
Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
Злокачественные новообразования пищевода	C15
Злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22
Злокачественные новообразования гортани	C32
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легкого	C33, C34
Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных локализаций органов дыхания и грудной клетки	C30, C31, C37-C39
Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
Злокачественные новообразования других и неуточненных мочевых органов	C65, C66, C68
Субарахноидальное кровоизлияние	I60
Внутри мозговые и другие внутричерепные кровоизлияния	I61-I62
Инфаркт мозга	I63
Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	I64
Другие цереброваскулярные болезни	I67-I69
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	K70
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	K74
Другие болезни печени	K71-K73, K75-K76
Класс XIX Травмы, отравления и некоторые другие следствия внешних причин	S00-S09, T00-T98
II группа причин	
Злокачественная меланома кожи	C43
Другие злокачественные новообразования кожи	C44
Злокачественные новообразования молочной железы	C50
Злокачественные новообразования шейки матки	C53
Злокачественные новообразования других и неуточненных частей матки	C54, C55
III группа причин	
Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
Злокачественные новообразования других мужских половых органов	C60, C62, C63
Лимфома Ходжкина	C81
Неходжкинская лимфома	C82-C85
Лейкемия	C91-C95
Хронические ревматические болезни сердца	I05-I09

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I15
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25, K26
Болезни аппендикса [червеобразного отростка]	K35-K38
Грыжи	K40-K46
Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	K80
Холецистит	K81
Класс I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99
Класс X Болезни органов дыхания	J00-J99
Класс XV Беременность, деторождение и послеродовой период	O00-O99

Причины болезни, вызванной ВИЧ

C00–C96	S45	T12
D47.7	S47–S49	T13.1
D50–D53	S51–S52	T13.6–T13.9
D55–D59	S55	T14.1–T14.2
D60–D64	S57–S59	T14.5
D65–D69	S65	T14.7–T14.9
F11	S67–S69	T15–T32
F13–F16	S71–S72	T80.2
F19	S75	T80.8–T80.9
R75	S77–S79	T90.1
S01–S02	S81–S82	T90.8–T90.9
S07–S09.0	S85	T91.1–T92.2
S09.7–S09.9	S87–S89	TT92.6–T92.9
S11–S12	S95	T93.0–T93.2
S15	S97–S99	T93.6–T93.9
S17–S19	T01–T08	T94–T95
S21–S22	T09.1	T98
S28–S29	T09.8–T09.9	Y60
S31–S32	T10	Y62
S35–S39	T11.1	Y64
S41–S42	T11.6–T11.9	Y83–Y84

Осложнения сахарного диабета

Необходимо принять сахарный диабет (E10–E14) как очевидную причину следующих состояний:

- Ацидоз (E87.2)
- Другие уточненные нарушения обмена веществ (E88.8)
- Другие мононевропатии (G58.-)
- Полиневропатия неуточненная (G62.9)
- Другие поражения периферической нервной системы (G64)
- Другие первичные поражения мышц (G71.8), уточненные как амиотрофия, но без уточнения этиологии
- Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное (G90.9)
- Иридоциклит (H20.9)
- Катаракта неуточненная (H26.9)
- Хориоретинальное воспаление неуточненное (H30.9)
- Окклюзии сосудов сетчатки (H34)
- Фоновая ретинопатия и изменения сосудов сетчатки (H35.0)
- Другая пролиферативная ретинопатия (H35.2)
- Ретинальное кровоизлияние (H35.6)
- Болезнь сетчатки неуточненная (H35.9)
- Атеросклероз артерий конечностей (I70.2)
- Болезнь периферических сосудов неуточненная (I73.9)
- Липоидный некробиоз, НКДР (L92.1)

- Язва нижней конечности, НКДР (L97)
- Артрит неуточненный (M13.9)
- Невралгия и неврит неуточненные (M79.2)
- Нефритический и нефротический синдромы (N03–N05)
- Хроническая болезнь почек (N18.-)
- Почечная недостаточность неуточненная (N19)
- Сморщенная почка неуточненная (N26)
- Поражение почки и мочеточника неуточненное (N28.9), уточненное как почечные заболевания
- Стойкая протеинурия неуточненная (N39.1)
- Гангрена, НКДР (R02)
- Кома неуточненная (R40.2)
- Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови (R79.8), уточненные как ацетонемия, азотемия и связанные с ними состояния

Приложение 15

Перечень состояний, которые могут быть причиной диабета

Принимаемые последовательности для диабета, вызванного другими заболеваниями:

Тип диабета	Вследствие:
E10	B25.2
	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	M35.9
	P35.0
E11	E24
	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0
E12	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
E13	B25.2
	B26.3
	C25
	C78.8 (только поджелудочной железы)
	D13.6- D13.7
	D35.0
	E05-E06
	E22.0
	E24
	E80.0- E80.2
	E83.1
	E84
	E89.1
	F10.1-F10.2
	G10
	G11.1

	G25.8
	G71.1
	K85
	K86.0-K86.1
	K86.8-K86.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0
	Q87.1
	Q90
	Q96
	Q98
	Q99.8
	S36.2
	T37.3
	T37.5
	T38.0-T38.1
	T42.0
	T46.5
	T46.7
	T50.2
	Y41.3
	Y41.5
	Y42.0-Y42.1
	Y46.2
	Y52.5
	Y52.7
	Y54.3
E14	B25.2
	B26.3
	C25
	C78.8 (только поджелудочной железы)
	D13.6- D13.7
	D35.0
	E05-E06
	E22.0
	E24
	E40-E46
	E63.9
	E64.0
	E64.9
	E80.0- E80.2
	E83.1

	E84
	E89.1
	F10.1-F10.2
	G10
	G11.1
	G25.8
	G71.1
	K85
	K86.0-K86.1
	K86.8-K86.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0
	Q87.1
	Q90
	Q96
	Q98
	Q99.8
	S36.2
	T37.3
	T37.5
	T38.0-T38.1
	T42.0
	T46.5
	T46.7
	T50.2
	Y41.3
	Y41.5
	Y42.0-Y42.1
	Y46.2
	Y52.5
	Y52.7
	Y54.3

Приложение 16

Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы

Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг
S00-S00.9	6	S11.1	5	S22.5	2	S33.0-S33.2	6
S01.0-S01.8	6	S11.2	4	S22.8-S22.9	5	S33.3	5
S01.9	5	S11.7	5	S23.0	6	S33.4-S33.6	6
S02.0	3	S11.8	6	S23.1-S23.2	5	S33.7	5
S02.1	4	S11.9	3	S23.3-S23.5	6	S34.0-S34.6	6
S02.2- S02.6	6	S12.0- S12.7	3	S24.0-S24.1	4	S34.8	5
S02.7	3	S12.8	3	S24.2-S24.6	5	S35.0-S35.1	1
S02.8	4	S12.9	3	S25.0	1	S35.2	3
S02.9	3	S13.0	6	S25.1	5	S35.3	2
S03.0	5	S13.1	3	S25.2	1	S35.4	5
S03.1- S03.2	6	S13.2	5	S25.3	3	S35.5	3
S03.3	5	S13.3	3	S25.4	1	S35.7	2
S03.4-S03.5	6	S13.4	5	S25.5	4	S35.8-S35.9	5
S04.0- S04.9	6	S13.5- S13.6	6	S25.7	3	S36.0-S36.9	3
S05.0- S05.6	6	S14.0	5	S25.8	4	S37.0-S37.9	5
S05.7	5	S14.1	3	S25.9	4	S38.0	6
S05.8-S05.9	6	S14.2- S14.5	6	S26.0	3	S38.1	5
S06.0	6	S14.6	5	S26.8-S26.9	2	S38.2	4
S06.1- S06.2	1	S15.0	1	S27.0-S27.2	3	S38.3	3
S06.3- S06.6	2	S15.1	2	S27.3-S27.5	2	S39.0	6
S06.7	1	S15.2- S15.3	3	S27.6	4	S39.6	3
S06.8	2	S15.7- S15.9	1	S27.7	1	S39.7	4
S06.9	2	S16	6	S27.8-S27.9	2	S39.8	6
S07.0	5	S17.0	3	S28.0-S28.1	3	S39.9	4
S07.1	1	S17.8	3	S29.0	6	S40.0-S40.9	6
S07.8- S07.9	1	S17.9	3	S29.7	3	S41.0-S41.7	6
S08.0- S08.1	6	S18	1	S29.8	6	S41.8	5
S08.8- S08.9	4	S19.7	3	S29.9	3	S42.0	6
S09.0	5	S19.8	4	S30.0-S30.9	6	S42.1-S42.2	5
S09.1- S09.2	6	S19.9	5	S31.0-S31.1	6	S42.3	5
S09.7	4	S20.0- S20.8	6	S31.2-S31.3	5	S42.4	6
S09.8	6	S21.0	6	S31.4-S31.8	6	S42.7-S42.8	5
S09.9	3	S21.1- S21.9	5	S32.0-S32.3	6	S42.9	5
S10.0- S10.1	6	S22.0-S22.1	5	S32.4	5	S43.0-S43.7	6
S10.7- S10.9	6	S22.2-S22.3	6	S32.5	6	S44.0-S44.9	6
S11.0	4	S22.4	5	S32.7-S32.8	5	S45.0-S45.1	3

Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг
S45.2-S45.9	5	S74.2-S74.7	5	S96.0-S96.9	6	T10	5
S46.0-S46.9	6	S74.8-S74.9	6	S97.0	6	T11.0-T11.1	6
S47	5	S75.0	4	S97.1	5	T11.2	6
S48.0-S48.9	3	S75.1	5	S97.8	6	T11.3	5
S49.7	5	S75.2	6	S98.0	4	T11.4	4
S49.8-S49.9	6	S75.7	5	S98.1-S98.3	6	T11.5	6
S50.0-S50.9	6	S75.8	6	S98.4	4	T11.6	3
S51.0-S51.9	6	S75.9	5	S99.7-S99.9	5	T11.8-T11.9	5
S52.0-S52.9	5	S76.0-S76.7	6	T00.0-T00.9	6	T12	5
S53.0-S53.4	6	S77.0-S77.2	5	T01.0	6	T13.0-T13.3	6
S54.0-S54.9	6	S78.0-S78.9	3	T01.1	4	T13.4	5
S55.0	6	S79.7-S79.9	5	T01.2-T01.6	6	T13.5	6
S55.1-S55.9	5	S80.0-S80.9	6	T01.8	5	T13.6	3
S56.0-S56.9	6	S81.0-S81.9	6	T01.9	6	T13.8	4
S57.0-S57.9	6	S82.0-S82.9	5	T02.0-T02.1	3	T13.9	5
S58.0-S58.9	4	S83.0-S83.7	6	T02.2-T02.4	5	T14.0	6
S59.7	4	S84.0-S84.9	6	T02.5-T02.9	3	T14.1	5
S59.8	6	S85.0	5	T03.0-T03.8	6	T14.2	5
S59.9	5	S85.1-S85.2	6	T03.9	5	T14.3-T14.4	6
S60.0-S60.9	6	S85.3	5	T04.0	4	T14.5	5
S61.0-S61.9	6	S85.4-S85.5	6	T04.1-.3	5	T14.6	6
S62.0-S62.7	6	S85.7	5	T04.4	5	T14.7	2
S62.8	5	S85.8	6	T04.7	5	T14.8-T14.9	6
S63.0-S63.7	6	S85.9	5	T04.8	4	T15.0-T15.8	6
S64.0-S64.9	6	S86.0-S86.7	6	T04.9	5	T15.9	5
S65.0	6	S86.8	5	T05.0-T05.9	3	T16	6
S65.1	5	S86.9	6	T06.0-T06.1	3	T17.0-T17.9	5
S65.2-S65.8	6	S87.0	6	T06.2-T06.4	5	T18.0-T18.2	6
S65.9	5	S87.8	5	T06.5	3	T18.3-T18.4	5
S66.0-S66.9	6	S88.0-S88.1	3	T06.8	5	T18.5-T18.9	6
S67.0-S67.8	6	S88.9	4	T07	2	T19.0-T19.1	6
S68.0-S68.3	6	S89.7-S89.9	5	T08	5	T19.2	5
S68.4-S68.9	4	S90.0-S90.9	6	T09.0	6	T19.3-T19.8	6
S69.7-S69.9	5	S91.0-S91.7	6	T09.1	5	T19.9	5
S70.0-S70.9	6	S92.0-S92.9	6	T09.2	6	T20.0-T20.2	6
S71.0-S71.8	6	S93.0-S93.6	6	T09.3	3	T20.3	3
S72.0-S72.2	3	S94.0-S94.9	6	T09.4	4	T20.4-T20.6	6
S72.3-S72.9	4	S95.0	6	T09.5	6	T20.7	3
S73.0-S73.1	6	S95.1	5	T09.6	1	T21.0-T21.2	6
S74.0-S74.1	6	S95.2-S95.9	6	T09.8-T09.9	5	T21.3	3

Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг	Коды травм	Ранг
T21.4-T21.6	6	T31.4-T31.6	2	T73.3	5
T21.7	3	T31.7-T31.9	1	T73.8-T73.9	6
T22.0-T22.2	6	T32.0-T32.1	5	T74.0-T74.9	6
T22.3	5	T32.2	4	T75.0	4
T22.4-T22.6	6	T32.3	3	T75.1	2
T22.7	5	T32.4-T32.5	2	T75.2-T75.3	6
T23.0-T23.2	6	T32.6	3	T75.4	3
T23.3	5	T32.7-T32.9	1	T75.8	6
T23.4-T23.6	6	T33.0-T33.9	6	T76	6
T23.7	5	T34.0-T34.4	6	T90.0-T90.4	6
T24.0-T24.2	6	T34.5	5	T90.5	3
T24.3	5	T34.6-T34.9	6	T90.8	6
T24.4-T24.6	6	T35.0	6	T90.9	3
T24.7	5	T35.1	4	T91.0-T91.1	6
T25.0-T25.2	6	T35.2-T35.5	6	T91.2-T91.3	4
T25.3	5	T35.6	6	T91.4	3
T25.4-T25.6	6	T35.7	5	T91.5-T91.8	6
T25.7	5	T66	6	T91.9	1
T26.0-T26.2	6	T67.0	3	T92.0-T92.2	5
T26.3	5	T67.1-T67.3	6	T92.3-T92.8	6
T26.4-T26.6	6	T67.4	3	T92.9	3
T26.7-T26.9	5	T67.5-T67.6	6	T93.0	6
T27.0-T27.7	3	T67.7	2	T93.1	5
T28.0	5	T67.8	6	T93.2-T93.3	6
T28.1-T28.4	3	T67.9	5	T93.4	5
T28.5	6	T68	3	T93.5-T93.9	6
T28.6-T28.9	3	T69.0	6	T94.0-T94.1	3
T29.0	3	T69.1	5	T95.0	6
T29.1-T29.2	6	T69.8	4	T95.1	5
T29.3	3	T69.9	4	T95.2-T95.3	6
T29.4-T29.6	6	T70.0	5	T95.4	3
T29.7	3	T70.1	4	T95.8-T95.9	3
T30.0	3	T70.2	3	T98.0-T98.1	1
T30.1-T30.2	6	T70.3	5	T98.2	6
T30.3-T30.4	3	T70.4-T70.8	6		
T30.5-T30.6	6	T70.9	5		
T30.7	3	T71	1		
T31.0-T31.1	5	T73.0	3		
T31.2	4	T73.1	5		
T31.3	3	T73.2	6		

ОГЛАВЛЕНИЕ

Том 1

Предисловие	5
Введение	6
Глава 1 Определение «МКБ», ее цель, роль и значение	8
Глава 2 Исторический обзор статистических классификаций болезней	12
Глава 3 Базовая структура и принципы кодирования диагнозов ...	22
Глава 4 Врачебный диагноз	39
Глава 5 Статистика смертности	44
Глава 6 Автоматизированные системы в статистике смертности ...	85
Глава 7 Множественные причины смерти	112
Глава 8 Статистика заболеваемости	126

Том 2

Введение	138
Глава 1 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (A00-B99).....	140
Глава 2 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса II «Новообразования» (C00-D48).....	169
Глава 3 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (D50-D89).....	185
Глава 4 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (E00-E90).....	189
Глава 5 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99).....	208
Глава 6 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса VI «Болезни нервной системы» (G00-G99).....	217
Глава 7 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания при состояниях из класса VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (H00-H59).....	222
Глава 8 Особенности учета, кодирования и выбора основного	

заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка» (H60-H95).....	226
Глава 9 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса IX «Болезни системы кровообращения» (I00-I99).....	228
Глава 10 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса X «Болезни органов дыхания» (J00-J99).....	266
Глава 11 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XI «Болезни органов пищеварения» (K00-K93).....	277
Глава 12 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XII «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (L00-L99).....	289
Глава 13 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99).....	292
Глава 14 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIV «Болезни мочеполовой системы» (N00-N99).....	302
Глава 15 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XV «Беременность, деторождение и послеродовой период» (O00-O99).....	307
Глава 16 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (P00-P96).....	326
Глава 17 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях, входящих в класс XVII «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (Q00-Q99).....	339
Глава 18 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицируемые в других рубриках» (R00-R99).....	341

Глава 19 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин».....	344
Глава 20 Особенности учета, кодирования и выбора внешней причины в качестве основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности».....	358
Глава 21 Особенности учета и кодирования при факторах, влияющих на состояние здоровья и обращения в медицинские организации (класс XXI).....	378
Глава 22 Особенности учета, кодирования и выбора основного заболевания и первоначальной причины смерти при состояниях из класса XXII «Коды для особых целей» (U00-U85).....	380
Сокращения и условные обозначения.....	401
Использованная литература	403
Приложения	405
Оглавление	512