

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

В. М. ДОРОФЕЕВ, С. М. ДОРОФЕЕВА,
Т. М. ШАРШАКОВА

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ
СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ
СО ЗДОРОВЬЕМ, ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА**

**Учебно-методическое пособие для студентов всех факультетов
высших медицинских учебных заведений
и практических врачей**

**Гомель
ГоГМУ
2009**

УДК 616:31
ББК 51.1
Д 69

Рецензент —
начальник Гомельского областного клинического
патологоанатомического бюро кандидат медицинских наук,
доцент *Р. В. Дорошенко*

Дорофеев, В. М.
Д 69 Использование Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра: учеб.-
метод. пособие для студентов высших медицинских учебных заведений
всех факультетов и практических врачей / В. М. Дорофеев, С. М. Доро-
феева, Т. М. Шаршакова. — Гомель: учреждение образования «Гомель-
ский государственный медицинский университет», 2009. — 54 с.

ISBN 978-985-506-216-6

Рассматриваются общие вопросы классификации болезней, причин смерти и про-
блем, связанных со здоровьем, алгоритмы кодирования, правила формулировки клиниче-
ских и патологоанатомических диагнозов, выбора основного диагноза и первоначальной
причины смерти при множественных состояниях для их использования в статистике за-
болеваемости и смертности.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-
методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицин-
ский университет» 19 декабря 2008 г., протокол № 12.

УДК 616:31
ББК 51.1

ISBN 978-985-506-216-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2009

ВВЕДЕНИЕ

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) является основным нормативным документом при изучении состояния здоровья населения в странах — членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Созданная усилиями экспертов многих стран, МКБ нацелена на стандартизацию медицинского учета и отчетности. Основная задача МКБ — сгруппировать однотипные патологические состояния с целью последующей аналитической обработки данных. Унифицированное использование МКБ-10 на всей территории страны необходимо для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

ЦЕЛЬ МКБ-10 И ОБЛАСТЬ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Классификация болезней может быть определена как система рубрик, в которые конкретные болезненные состояния включены в соответствии с установленными критериями. Целью МКБ является предоставление возможности проводить систематизированный учет, анализ, интерпретацию и сопоставление данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для перевода словесного выражения диагноза болезней и других проблем здоровья в алфавитно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для всех общих эпидемиологических и многих связанных с управлением здравоохранением целей. Они включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения и мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами. МКБ не пригодна и не предназначена для индексирования отдельных клинических случаев.

Важно отметить, что поскольку МКБ, главным образом, предназначена для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, не каждая проблема или причина обращения за медицинской помощью могут быть обозначены таким образом. Поэтому МКБ предусматривает в своей структуре широкий спектр признаков, симптомов, выявленных патологий, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут замещать диагнозы в медицинской документации (Классы XVIII и XXI). Следовательно, МКБ может быть использована для классификации данных, записанных под заголовками, такими как «диагноз», «причина госпитализации», «состояния, по поводу которых проводилось лечение», «причина консультации», которые имеются в разнообразных видах медицинской документации, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

ПОЯВЛЕНИЕ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ МКБ

Статистическое изучение болезней для практических целей началось еще в конце XVII века (работа Джона Граунта по сводкам смертности в Лондоне). Попытки создания классификаций причин смерти продолжались отдельными учеными и практиками вплоть до середины XIX века, когда состоялся первый Международный статистический конгресс (Брюссель, 1853 год). Конгресс обратился с просьбой к двум наиболее видным специалистам в этой области (д-ру Фарру и д-ру Марку д'Эспин) подготовить единую классификацию причин смерти, применимую на международном уровне. Через два года Фарр и д'Эспин представили два отдельных списка, основанных на совершенно разных принципах. В конечном итоге очередной Конгресс принял компромиссный список. В последующем эта классификация неоднократно пересматривалась на основе модели, предложенной Фарром — группировки болезней по анатомическому принципу. Хотя эта классификация и не получила широкого международного признания, ее принципы легли в основу Международного перечня причин смерти, разработанного по поручению Международного статистического института комитетом под председательством Жака Бертильона. Этот перечень был принят сессией Международного статистического института, состоявшейся в 1893 году в Чикаго. Именно с этого времени началась официальная история МКБ. В последующем она пересматривалась примерно каждые 10 лет.

Первоначально международная классификация предназначалась только для изучения причин смерти, поэтому параллельно разрабатывались различные классификации болезней. В 1948 году первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердила шестой пересмотр, включив его в «Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти». Последний, 10-й пересмотр, был утвержден на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1989 году и рекомендован для внедрения с 1993 года. Однако большие материальные затраты на введение новой классификации значительно сдерживали этот процесс в большинстве стран (включая Республику Беларусь) новая классификация была введена в конце 1990-х – начале 2000-х годов. Десятый пересмотр МКБ называется «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем», что отражает возрастающие потребности пользователей классификации в использовании не только «диагностической информации» (в широком смысле этого слова), но и других данных, характеризующих здоровье человека.

Таким образом, следует отметить, что МКБ находится в постоянном развитии и совершенствовании. Она пытается учесть все современные достижения в области систематизации заболеваний, поэтому представляет собой очень сложное переплетение компромиссов различных школ, подхо-

дов, традиций разных стран. В свою очередь, это вызывает необходимость адаптации МКБ для каждой страны, адаптации, которая не нарушала бы возможности международного обмена медицинской информацией.

СТРУКТУРА МКБ

В МКБ все болезни делятся на классы, классы — на блоки, блоки — на рубрики (шифруются тремя знаками), рубрики — на подрубрики (шифруются четырьмя и более знаками).

В десятом пересмотре МКБ использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера простираются от A00.0 до Z99.9. В МКБ-10 используются все буквы английского алфавита, кроме буквы «U». Ее решено зарезервировать в качестве запасного класса для временного обозначения вновь выявляемых болезней, а также заболеваний с невыясненной этиологией. Коды с этим знаком могут применяться в научно-исследовательских разработках и в рамках специальных проектов.

Классификация разделена на 21 класс (таблица 1). Первым знаком кода в МКБ является буква, и каждая буква соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классе II «Новообразования» и в классе III «Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», и буквы H, которая используется в классе VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и в классе VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка». Четыре класса (классы I, II, XIX и XX) используют более одной буквы в первом знаке своих кодов. Если классы I, II, XIX использует по две буквы, то класс XX — четыре буквы.

Классы I–XVII относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям, класс XIX — к травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин. Класс XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» охватывает ряд современных понятий, касающихся диагностических данных. Класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» используется для классификации внешних причин травм и отравлений, а также для регистрации любых внешних причин болезней и других патологических состояний. Класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» предназначен для классификации данных, объясняющих причину обращения в учреждение здравоохранения человека, не являющегося больным в данное время, или обстоятельством, в силу которых пациент получает медицинскую помощь или же имеющих какое-либо иное отношение к помощи, которую он получает.

Таблица 1 — Классы Международной классификации болезней

Классы МКБ-Х	Наименования классов МКБ-Х	Коды классов МКБ-Х	Количество блоков
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A, B	21
II	Новообразования	C, D0-D48	18
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	6
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E	8
V	Психические расстройства и расстройства поведения	F	11
VI	Болезни нервной системы	G	11
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	4
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	4
IX	Болезни системы кровообращения	I	10
X	Болезни органов дыхания	J	10
XI	Болезни органов пищеварения	K	10
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L	8
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M	14
XIV	Болезни мочеполовой системы	N	11
XV	Беременность, роды и послеродовый период	O	8
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P	10
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q	11
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R	13
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S,T	21
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности	V, W, X, Y	35
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	Z	7

Классы подразделяются на однородные «блоки» трехзначных рубрик. В пределах каждого блока трехзначные рубрики размещены по степени важности для здравоохранения состояний, от нумерации наиболее важных состояний к менее значимым состояниям, т. е. к прочим, другим и неуточненным состояниям, входящим в данный блок. В каждом классе представлено различное число блоков трехзначных рубрик.

Блоки (МКБ-10) на примере класса IX «Болезни системы кровообращения»: (I00–I02) Острая ревматическая лихорадка;

- (I05–I09) Хронические ревматические болезни сердца;
- (I10–I15) Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением;
- (I20–I25) Ишемическая болезнь сердца;
- (I26–I28) Легочное сердце и нарушения легочного 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 неуточненные болезни системы кровообращения.

В МКБ-10 возможное количество трехзначных рубрик составляет 2600. В рамках каждого блока некоторые из трехзначных рубрик предназначены только для одной болезни, отобранной вследствие ее частоты, тяжести, восприимчивости к действиям служб здравоохранения, в то время как другие трехзначные рубрики предназначены для групп болезней с некоторыми общими характеристиками. В блоке обычно имеются рубрики для «других» состояний, дающие возможность классифицировать большое число различных, но редко встречающихся состояний, а также «неуточненных» состояний. **Рубрики (МКБ-10) на примере блока (I20–I25) «Ишемическая болезнь сердца» класса IX «Болезни системы кровообращения»:**

- I20 Стенокардия [грудная жаба];
- I21 Острый инфаркт миокарда;
- I22 Повторный инфаркт миокарда;
- I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда;
- I24 Другие формы острой ишемической болезни сердца;
- I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца.

Максимально возможное число четырехзначных подрубрик в МКБ-10–26000. Хотя четырехзначные подрубрики не являются обязательными для представления данных на международном уровне, большинство трехзначных рубрик подразделены посредством четвертого цифрового знака после десятичной точки с тем, чтобы можно было использовать еще до 10 подрубрик. Если трехзначная рубрика не подразделена, рекомендуется использовать цифру «9» для заполнения места четвертого знака, чтобы коды имели стандартный размер для статистической обработки данных (это важно при автоматизированной обработке информации).

Четвертый знак «8» обычно используется для обозначения «других» состояний, относящихся к данной трехзначной рубрике, а знак «9» чаще всего используется, чтобы выразить то же понятие, что и название трехзначной рубрики, без добавления какой-либо дополнительной информации.

Подрубрики (МКБ-10) на примере рубрики I21 «Острый инфаркт миокарда» блока (I20–I25) «Ишемическая болезнь сердца» класса IX «Болезни системы кровообращения»:

- I21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда;
- I21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда;
- I21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций;

- I21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации;
- I21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда;
- I21.9 Острый инфаркт миокарда неуточненный.

Пятые знаки (необязательные) используются, когда имеется необходимость подразделения болезненных состояний по оси, отличной от использованной на четырехзначном уровне. Пятый и последующие уровни кода обычно представляют собой подклассификации по различным осям по отношению к четырехзначному коду. *Они содержатся в:*

Классе XIII — подрубрики по анатомической локализации.

Классе XIX — подрубрики для обозначения открытых и закрытых переломов, а также внутричерепных, внутригрудных и внутрибрюшинных повреждений с открытой раной и без нее.

Классе XX — подрубрики для обозначения видов деятельности пострадавшего в момент происшествия.

МКБ-10 на русском языке издана в 3-х томах. Первый том содержит полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик. Вторым томом включает в себя описание МКБ-10, ее цели, области применения, инструкции, правила по пользованию МКБ-10 и правила кодирования причин смерти и заболеваний, основные требования к статистическому представлению информации, а также определения основных терминов МКБ-10. Третий том состоит из алфавитного перечня заболеваний, травм и внешних причин.

НЕКОТОРЫЕ УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МКБ-10

Круглые скобки

Значительное число диагностических терминов, включенных в 1 и 3 тома МКБ-10, сопровождается дополняющими определениями, заключенными в круглые скобки.

Например, G91.9 Гидроцефалия (приобретенная) (наружная) (внутренняя) (злокачественная) (рецидивирующая).

Заключенные в круглые скобки уточняющие определения не влияют на кодовый номер данного диагностического термина. Это значит, что, если в медицинской документации диагноз гидроцефалии был сформулирован с каким-либо из слов, заключенных в круглые скобки (например, «Злокачественная гидроцефалия»), или без них («Гидроцефалия») статистический код этого заболевания в любом случае будет G 91.9.

Особо следует обратить внимание на рубрику I10 «Эссенциальная гипертензия». Сюда включена: Гипертензия (артериальная) (доброкачественная) (эссенциальная) (злокачественная) (первичная) (системная). Если в статистическом документе диагноз обозначен как «Злокачественная гипертензия» и нет указаний на имеющиеся (или имевшиеся в случае смерти)

нарушения со стороны сердца или почек, то используется рубрика I10. Если же формулировка диагноза содержит указания на наличие поражений сердца или почек, то используются рубрики I11–I13 в зависимости от имеющихся поражений.

Аббревиатуры НКДР и БДУ

Аббревиатура НКДР, которая расшифровывается как фраза «не классифицированный (-ая) (-ое) в других рубриках», в названии трехзначных рубрик служит предупреждением о том, что некоторые более уточненные формы данного состояния имеют другой код и соответственно помещены в другие разделы классификации.

Аббревиатура БДУ расшифровывается как фраза «без других указаний», что равнозначно определениям: «неустановленный» и «неуточненный». Как правило, диагностический термин, сопровождаемый аббревиатурой «БДУ», кодируется соответствующим кодом, имеющим четвертый знак — «9».

В большинстве случаев использовать «9» в качестве четвертого знака кода вынуждают два обстоятельства. Во-первых, по какой-либо объективной причине (отсутствие материально-технической базы, особенности состояния больного и т. п.) не проведены углубленные диагностические процедуры, что не позволяет произвести градацию заболевания по предусмотренным четвертым знакам его кода. Например, невозможно использовать какой-либо из четвертых знаков кода J20, кроме знака «9», если в лечебном учреждении не проводится диагностика возбудителя, вызвавшего «Острый бронхит» (J20.9).

Во-вторых, причиной, вынуждающей использовать в качестве четвертого знака кода «9», являются случаи недостаточно внимательного заполнения врачами учетных статистических документов. Например, рубрика C15 «Злокачественное новообразование пищевода» имеет семь подрубрик, идентифицирующих локализацию опухоли, а в учетном статистическом документе имеется запись «Рак пищевода». В этом случае используется остаточная подрубрика C15.9, что приводит к потере необходимой статистической информации.

Система двойного кодирования некоторых состояний

Начиная с девятого пересмотра МКБ, некоторые заболевания кодируются двумя кодами. Первый из них помечен значком «крестик» (♣) и идентифицирует информацию об имеющемся общем болезненном процессе. Второй помечен значком «звездочка» (*) и идентифицирует информацию о конкретном проявлении этой болезни в отдельном органе или области тела.

Основным кодом является код общего заболевания, помеченный значком «крестик» (♣). Только этот код используется в государственной статистике причин смерти и заболеваемости населения.

Кодирование только по основной болезни не удовлетворяло потребности сбора статистической информации, касающейся оказания медицинской помощи врачами различных специальностей. Поэтому был введен второй код, помеченный значком «звездочка» (*), который используется в статистических разработках, относящихся к деятельности в пределах конкретной врачебной специальности.

Примером может служить рубрика H28* «Катаракта и другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках», которая может использоваться при статистическом изучении состава больных, госпитализированных в офтальмологические стационары.

Необходимо помнить, что код со «звездочкой» никогда не должен употребляться самостоятельно и ему всегда должен предшествовать код с «крестиком». Так, например, катаракту у больного с инсулинзависимым сахарным диабетом необходимо кодировать E10.3+H28.0*. В этом случае в официальную статистику войдет только код E10.3. В статистических разработках по офтальмологии может быть использован код H28.0*.

В МКБ-10 выделены 83 специальные рубрики, помеченные значком «звездочка», которые приведены в начале соответствующих классов.

ПРИНЦИПЫ СОСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

Достоверность статистической разработки болезней и проблем, связанных со здоровьем, в значительной мере зависит от качества первичной информации, на которой базируется проведение статистического анализа. Таковым источником информации являются окончательные диагнозы — прижизненный и посмертный, то есть клинический, а также патологоанатомический и судебно-медицинский.

На основании посмертного диагноза заполняется свидетельство о смерти, которое является важным источником информации для последующей статистической разработки. В свою очередь, статистическая разработка предусматривает кодирование (по МКБ-10) состояний, внесенных в окончательный диагноз, а также в свидетельство о смерти. Таким образом, выбору соответствующего кода в МКБ-10, а, следовательно, надлежащему статистическому учету состояний, болезней и причин смерти во многом способствует правильно составленный окончательный диагноз.

Диагноз — медицинское заключение о состоянии пациента, наличии у него заболеваний, патологических процессов, выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней.

В сборнике инструкций МКБ-10 часто фигурирует термин «**состояние**» («основное состояние», «другие состояния»), который, по сути, является синонимом терминов «**заболевание**», «**болезнь**». Но термином «состояния» в МКБ-10 и в отечественной литературе обозначают не только

патологические процессы и заболевания (например, гипотиреоз после удаления щитовидной железы; перелом шейки левой бедренной кости; атеросклероз; токсоплазмоз и т. п.), но также и физиологические процессы, как, например, беременность. Таким образом, в диагнозе могут, кроме болезней, фигурировать и иные, в частности, физиологические состояния.

Оформление диагноза, в основном, представляет собой выделение главных и второстепенных состояний, патологических процессов, болезней, обнаруженных у пациента и, таким образом, выведение логической формулы (диагноза), отражающей последовательность развития событий в понятиях современной науки.

Требования по оформлению прижизненного и посмертного окончательного диагноза едины и при этом должны быть соблюдены следующие основные принципы:

- 1) нозологический;
- 2) патогенетический;
- 3) соответствия терминов, используемых в МКБ.

Нозологический принцип предусматривает использование в диагнозе нозологических единиц. Нозологической единицей принято считать очерченную болезненную форму, характеризующуюся определенной этиологией, типовыми для нее сочетаниями симптомов, а также выделенную в самостоятельную статистическую рубрику МКБ на данном этапе развития медицины и здравоохранения. Поэтому в некоторых случаях такой единицей, фигурирующей в диагнозе, может быть не только болезнь, патологический процесс, травма, но и синдром (например, «Синдром Маллори-Вейсса» — код — К22.6 по МКБ-10).

Патогенетический принцип предусматривает расположение в диагнозе нозологических форм, синдромов, патологических процессов, в порядке, который определяется последовательностью их возникновения, причинно-следственными связями.

Соблюдение **принципа соответствия терминов**, используемого в МКБ, должно обеспечить быстрое обнаружение кода болезни или патологического состояния и должный статистический учет. Необходимо заметить, что МКБ-10 — это не номенклатура болезней, а Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Некоторые широко используемые в отечественной медицине термины и понятия (как, например, септикопиемия, постинфарктный кардиосклероз) представлены в МКБ-10 под другими названиями, не совсем традиционными для отечественных специалистов. Тем не менее, при оформлении окончательного диагноза надо стремиться по возможности максимально использовать терминологию МКБ-10.

Соблюдая отмеченные выше принципы, при оформлении окончательного диагноза, обнаруженные прижизненно у больного либо посмертно,

нозологические единицы располагают в порядке, который определяется позицией врача в оценке значимости каждой из них в судьбе больного.

При этом выделяют **основное заболевание** (или «состояние» по терминологии МКБ), **осложнения основного заболевания** и **сопутствующие заболевания** и состояния.

Основным заболеванием (состоянием) в клинической практике считается та нозологическая единица, которая в данный момент имеет наиболее выраженные проявления, угрожающие здоровью и жизни больного, и по поводу которой проводится лечение.

При оформлении посмертного диагноза основным заболеванием (состоянием) считается нозологическая единица (заболевание, состояние по МКБ), которая сама по себе или через свои осложнения обусловила смертельный исход.

В прижизненном и посмертном диагнозах в качестве основного заболевания не должны фигурировать патологические процессы, являющиеся, по сути, терминальными состояниями (например, отек мозга, сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия ветвей легочной артерии и т.п.).

Осложнением основного заболевания считается патологический процесс, тесно связанный с основным заболеванием, но нередко иной, нежели основное заболевание, этиологии. Этот патологический процесс существенно утяжеляет течение основного заболевания и способствует смертельному исходу.

Сопутствующее заболевание — нозологическая единица (состояние), которая этиологически и патогенетически не связана с основным заболеванием и его осложнениями и не оказывает на его течение и развитие существенного влияния, а также непосредственно не способствует наступлению смерти больного.

Таким образом, основанное на вышеизложенных принципах составление окончательного диагноза с расположением патологических процессов в рубриках: «Основное заболевание»; «Осложнения»; «Сопутствующие заболевания» — значительно упростит обнаружение кода, статистическую обработку материала, а в случае необходимости, заполнение свидетельства о смерти.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОДИРОВАНИЯ

Для профессионального кодирования диагнозов медицинскому работнику необходимо использовать все три тома классификации в следующей последовательности:

1. Определите ведущий термин диагноза, подлежащего кодированию, и найдите его в Алфавитном указателе (т. 3).

2. Ознакомьтесь со всеми терминами, указанными в круглых скобках, если таковые имеются (эти определения не оказывают влияния на кодовый номер), а затем со всеми терминами, расположенными с отступом под ведущим термином (эти термины оказывают влияние на кодовый номер).

Ознакомьтесь со всеми примечаниями, если таковые имеются, и внимательно следуйте за ссылками «см.» или «см. также».

Все это позволит полностью учесть всю формулировку диагноза и выбрать правильный код.

3. Обязательно проверьте правильность сделанного выбора, обратившись к Полному перечню рубрик (том I). При этом следует учитывать, что если в Алфавитном указателе приведен трехзначный код с тире на месте четвертого знака (-), это указывает на то, что в томе 1 нужно найти соответствующую четырехзначную подрубрику. При проверке выбранного кода руководствуйтесь всеми включенными и исключенными терминами, относящимися к выбранной подрубрике, рубрике, блоку, куда входит рубрика, и классу болезней.

4. В заключение присвойте диагнозу код МКБ-10.

КОДИРОВАНИЕ ПРИЧИН СМЕРТИ

Основополагающие принципы

Статистика причин смерти является одним из основных источников медицинской информации, позволяющей получить наиболее надежные данные о здоровье населения. По решению ВОЗ, в медицинском свидетельстве о причине смерти должны регистрироваться все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы.

Это определение не предусматривает включения в свидетельство о смерти симптомов и синдромов, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), таких, как сердечная, дыхательная, почечная, печеночная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, если они не являются единственным известным состоянием, приведшим к смерти.

Статистика причин смерти основана на *концепции первоначальной причины*. XX Всемирная ассамблея здравоохранения определила причины смерти, которые должны вноситься в свидетельство, как «все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акты насилия, которые вызвали любые такие травмы». Выделяют *первоначальную (основную) причину смерти*, а также *непосредственную причину смерти*. Для статистической разработки используется чаще всего одна «первоначальная причина смерти». Это, по МКБ-10, «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти» или «обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму». «Первоначальная причина смерти» соответствует по своей сути термину «основное заболевание (или состояние)».

Непосредственной причиной смерти является по преимуществу осложнение основного заболевания. Некоторые специалисты выделяют так называемую «ближайшую причину смерти», практически представляющую собой характеристику терминального состояния (например, *Миллиарный туберкулез (A19.1)* — первоначальное заболевание; *Туберкулезный менингит* — непосредственная причина смерти; *Отек головного мозга* — ближайшая причина смерти).

В правильно составленном окончательном клиническом диагнозе основное заболевание будет находиться на самом первом месте. Учитывая, что основное заболевание адекватно понятию основная (первоначальная, начальная) причина смерти, оно должно быть указано в свидетельстве о смерти в соответствии с установленным правилом последним.

Предпоследней упоминается непосредственная причина смерти, или осложнение основного заболевания. Наряду с этими процессами в свидетельстве о смерти может быть внесен другой процесс, тесно связанный с непосредственной причиной смерти (в том числе так называемая «ближайшая причина смерти»).

Следует только помнить, что в соответствии с рекомендациями МКБ-10 вовсе не обязательно заполнять все строки свидетельства о смерти и все 4 строки (a, b, c, d) I-й части пункта 8 свидетельства. Запись причины смерти может ограничиваться строками «a») или «b»)). Например, «*Корь, осложненной пневмонией*», при этом в строке «a») будет указана «*Пневмония*», в строке «b») — «*Корь*»; или, если основное заболевание непосредственно само вызвало смерть: a) «*Сальмонеллез*» (A 02.0).

Медицинский работник, заполняющий свидетельство о смерти, обязан на основании имеющихся в его распоряжении результатов вскрытия (если оно было произведено) и (или) записей в первичной медицинской документации определить болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти и, проанализировав цепь болезненных событий, вызвавших это летальное состояние, выделить первоначальную причину возникновения этой цепи событий, приведших к смерти, т. е. определить первоначальную причину смерти.

Часть первая медицинского свидетельства о смерти предназначена исключительно для регистрации болезненных состояний, составивших эту цепь.

На верхней строке части I указывается болезненное состояние, непосредственно приведшее к смерти. На строках ниже, по одному на каждой строке — патологические состояния (если таковые имели место), которые привели к возникновению непосредственной причины. Первоначальная причина смерти должна быть указана последней в этом вертикальном ряду.

По правилам статистики в разработку причин смерти берется состояние, записанное на самой нижней заполненной строке части I свидетельства, но только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех

состояний, записанных в свидетельстве выше него («Общий принцип»). То есть только в том случае, если свидетельство заполнено правильно.

В каждую строку (a, b, c, d) может быть внесено только одно заболевание, состояние, или осложнение.

Во II части пункта 8 записывают другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти. Сюда же, в частности, в случае формулировки комбинированного основного заболевания вносят второе (по порядку) заболевание, фигурирующее как конкурирующее, а также сочетанное или фоновое заболевание. Ряд заболеваний вносятся в пункт II свидетельства о смерти обязательно. Это положение особенно важно при ведении определенных регистров. Например, при ведении регистра сахарного диабета при любых его проявлениях сведения заносятся в упомянутый пункт II.

Очень часто у умершего имеется целый «букет» различных болезней. И хотя они в значительной степени могли повлиять на смертельный исход, тем не менее для их регистрации предназначена только II-я часть свидетельства.

Совершенно недопустимо указывать их в первой части свидетельства, так как это может вынудить лицо, занимающееся контролем заполнения свидетельств, самостоятельно произвести выбор первоначальной причины смерти для статистической разработки, поскольку МКБ-10 на случай неправильного заполнения медицинского свидетельства о смерти предусматривает целый ряд правил выбора и модификации первоначальной причины смерти, которые подробно изложены в томе 2 МКБ-10.

Необходимость повторного выбора первоначальной причины смерти в случаях неправильного заполнения свидетельства не только затрудняет работу статистика, но и вносит много субъективного в данные статистики смертности, поскольку только медицинский работник, заполняющий свидетельство, располагает данными, которые позволяют определить, какое же из имевшихся у умершего заболеваний сыграло основную роль в возникновении цепи болезненных процессов, приведших к летальному исходу.

В рубрике основного заболевания должно фигурировать одно состояние. Однако нередко, особенно у людей пожилого и старческого возраста, отягощенных многими болезнями, имеющими разную степень выраженности и находящимися в различных сочетаниях между собой (так называемые «бикаузальные» процессы, «полипатии»), выделение только одной нозологической формы в качестве основного заболевания представляется затруднительным. Поэтому наибольшее число ошибок при заполнении медицинского свидетельства о смерти приходится на случаи, когда основное заболевание представлено комбинацией нозологических единиц. При невозможности выделения какой-либо одной нозологической формы из двух или нескольких ведущих заболеваний возникает необходимость пользоваться понятием так называемого *комбинированного основного заболевания*.

Входящие в его состав нозологические формы могут комбинироваться в следующих вариантах:

- а) конкурирующие заболевания;
- б) сочетающиеся заболевания;
- в) комбинация основного и фонового заболевания.

Конкурирующие заболевания (одно или больше) представляют собой такие заболевания, которые каждое в отдельности само по себе или через осложнения в данный момент угрожают здоровью и жизни больного, либо могут вызвать смерть больного. Примером может служить ситуация, когда у больного имеется рак желудка с метастазами в органы и острый инфаркт миокарда, а также закрытая черепно-мозговая травма с массивным субарахноидальным кровоизлиянием. Обоюдное утяжеление состояния, все они значительно ускоряют наступление смерти больного. При этом чрезвычайно трудно или невозможно бывает определить, какое из этих заболеваний оказалось решающим для летального исхода.

Сочетанные (сочетающиеся) заболевания, отличающиеся тем, что каждое из них не является смертельным, однако развиваясь одновременно и усложняя патогенез, они через совокупность общих осложнений приводят к смертельному исходу. В качестве примера можно привести сочетание постинфарктного кардиосклероза и бронхоэктатической болезни.

Фоновое заболевание представляет собой нозологическую единицу, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении процесса, поставленного во главу диагноза, и способствовала возникновению тяжелых, порой смертельных, осложнений. Примером может служить сахарный диабет, выступающий как фоновое заболевание при туберкулезе, являющимся основным заболеванием; или коронарный атеросклероз и гипертоническая болезнь при инфаркте миокарда.

В случае, когда основное заболевание представлено комбинацией нозологических единиц, в прижизненном (клиническом) и посмертном (патологоанатомическом) диагнозах на первое место следует поставить то из многих состояний, которое с наибольшей степенью вероятности является основным.

Из двух конкурирующих или сочетанных заболеваний врач на свое усмотрение должен выбрать одну нозологическую единицу, которую вносит в качестве первоначальной причины смерти в первую часть свидетельства. В процессе такого выбора предпочтение отдается:

- 1) нозологической единице, действие которой в танатогенезе признано ведущим или которая теоретически имеет более высокую вероятность летального исхода;
- 2) нозологической единице, которая в силу имеющихся эпидемиологических причин имеет первостепенное значение;
- 3) когда приоритет одной из нозологий не установлен, предпочтение отдается той, которая выставлена первой в клиническом или патологоана-

томическом диагнозе; потребовала проведения наибольшего числа лечебно-диагностических мероприятий и отражает профиль отделения медицинского учреждения, в котором находился умерший.

Второе из конкурирующих или сочетанных заболеваний, а также фоновое заболевание, при его наличии, указывается только во второй части свидетельства.

При таком заполнении медицинского свидетельства о смерти трудностей при выборе кода для статистической разработки данных о смертности не возникнет.

ПРИМЕР

Конкурирующие заболевания:

Основное (комбинированное) заболевание: 1) Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. 2) Ишемический инфаркт лобной доли головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга. *Осложнения:* Нарушение кровообращения III ст. (или в патологоанатомическом диагнозе — острое общее полнокровие внутренних органов). Отек легких. *Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Отек легких.

б) Острое общее полнокровие внутренних органов.

с) Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка — **I21.0**.

II. Ишемический инфаркт лобной доли головного мозга (I63.3 — дополнительный код для использования при анализе смертности по множественным причинам).

В данном примере острый трансмуральный инфаркт миокарда врач выбрал в качестве первоначальной причины смерти в связи с тем, что, по его мнению, именно инфаркт миокарда сыграл основную роль в танатогенезе. В других случаях ведущая роль в наступлении смертельного исхода может быть отдана ишемическому инфаркту головного мозга, если он по его значению в танатогенезе был так расценен лечащим врачом или патологоанатомом.

ПРИМЕР

Сочетанные заболевания.

Основное (комбинированное) заболевание: 1) Повторный трансмуральный нижнебоковой инфаркт миокарда (дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. 2) Язвенная болезнь желудка в стадии обострения: пенетрирующая язва в области передней стенки пилорического отдела желудка. *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет II типа. *Осложнения:* Острое общее полнокровие внутренних органов. Отек легких и головного мозга. *Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Отек легких и головного мозга.

б) Острое общее полнокровие внутренних органов.

с) Повторный нижнебоковой инфаркт миокарда — **I22.1**.

II. Хроническая пенетрирующая язва желудка. Сахарный диабет II типа.

ПРИМЕР

Основное и фоновое заболевания

Основное (комбинированное) заболевание: Остаточные явления после перенесенного внутримозгового кровоизлияния. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга. *Фоновое заболевание:* Гипертензивная (гипертоническая) болезнь. Нефросклероз. *Осложнения:* Бронхопневмония. Застойная сердечная недостаточность, НК III ст. Хроническая почечная недостаточность. *Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз коронарных артерий.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Бронхопневмония.

б) Остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния **I69.1**.

с)

II. Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (I13.2 — дополнительный код для использования при анализе смертности по множественным причинам). Атеросклероз коронарных артерий.

Особый раздел регистрации основного заболевания представляют случаи, в том числе смертельные исходы, связанные, в основном, с диагностическими и лечебными вмешательствами. Иногда такие патологические процессы также относят к «вторым болезням», но в последнее время их все чаще стали называть «Ятрогенными болезнями», «Ятрогенной патологией», «Ятрогией» коды большинства которых можно найти в классе XX МКБ-10. К трактовке таких случаев следует подходить дифференцированно, в зависимости от степени обоснованности и качества проведения лечебных и диагностических мероприятий.

В случае летального исхода, когда осложнения наступили после обоснованно и правильно проведенных медицинских мероприятий, они должны трактоваться как смертельное осложнение основного заболевания, по поводу которого эти мероприятия были предприняты. Примером может служить случай, когда в качестве осложнения стероидной терапии, проводимой больному по поводу пузырьчатки в обоснованных терапевтических дозах, развилась перфоративная острая язва желудка. Основным заболеванием будет: «Пузырчатка, леченная кортикостероидами в терапевтических дозах». Осложнением: «Острая стероидная перфоративная язва желудка»; «Разлитой фибринозно-гнойный перитонит». Соответствующие строки свидетельства о смерти в данном случае будут заполнены следующим образом:

I а) Перитонит.

б) Перфоративная язва желудка.

в) Пузырчатка (L10.9).

В случае неблагоприятных результатов лечебных мероприятий, проводимых по ошибочному диагнозу, оформлять окончательный диагноз рекомендуется следующим образом: Основное заболевание: *«Острая перфоративная язва желудка при лечении кортикостероидами по поводу предполагаемой системной красной волчанки»*. Осложнение: *«Разлитой фибринозно-гнойный перитонит»*.

Свидетельство о смерти:

а) Перитонит.

б) Перфоративная язва желудка.

в) Реакция на кортикостероиды, примененные в медицинских целях (Y42.0; R25.1).

Тот же принцип оформления окончательного диагноза следует соблюдать при констатации патологических процессов, а также летальных исходов, обусловленных внешними причинами заболеваемости и смертности, перечисленными в Классе XX МКБ-10, такими, как неблагоприятные реакции при применении лекарственных средств и вакцин, случайное нанесение повреждения больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств и т.п. Например, основное заболевание: *«Перфорация стенки правого предсердия внутрисосудистым концом катетера при пункции и катетеризации правой подключичной вены»* (дата). Фоновое заболевание: *«Парагрипп второго серотипа — по результатам посмертного иммунофлуоресцентного исследования»*. Осложнение: *«Гематома околосердечной сумки»*.

НЕКОТОРЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ВОЗ, КАСАЮЩИЕСЯ КОДИРОВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

Первоначальная причина смерти (основная причина смерти), указанная на нижней заполненной строке I-й части свидетельства, должна быть наиболее полезной и информативной для статистического анализа причин смерти. Например, кодирование таких болезней, как атеросклероз или гипертензивная (гипертоническая) болезнь, этиологическая роль которых в возникновении тяжелых нарушений здоровья известна, дает менее полезную информацию, чем кодирование таких важных проявлений и результатов болезни, как выделенные в самостоятельные нозологические единицы формы ишемических болезней сердца или цереброваскулярных болезней.

Это также в полной мере относится и к такому состоянию, как старость. Рубрику R54 «Старость» можно использовать для кодирования первоначальной причины смерти лишь в том случае, если в свидетельстве отсутствуют указания на наличие какого-либо другого состояния или заболевания, какое могло бы быть отнесено к любому классу МКБ кроме 18-го, а возраст умершего превышал 80 лет.

ПРИМЕР

И. а) Дегенерация (дистрофия) миокарда.

б) Старость.

Кодируют старческую дегенерацию (дистрофию) миокарда **I 51.5**.

Если в качестве первоначальной причины смерти указана *первичная артериальная гипертензия* (I10) и в свидетельстве о смерти имеется упоминание о:

- ишемической болезни сердца — кодируют I20-I25;
- цереброваскулярной болезни — кодируют I60-I69;
- острым нефритическом синдроме — кодируют N00.-;
- быстро прогрессирующем нефритическом синдроме — кодируют N01;
- хроническом нефритическом синдроме — кодируют N03;
- нефротическом синдроме — кодируют N04.-;
- неуточненном нефритическом синдроме — кодируют N05.

Если в качестве первоначальной причины смерти указана *гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца* (I11), *почек* (I12) или *сердца и почек* (I13) и в свидетельстве о смерти имеется упоминание о:

- ишемической болезни сердца — кодируют I20–I25.

Вторичная гипертензия (I15) не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Кодированию подлежит причина, вызвавшая развитие вторичной артериальной гипертензии. Если причина не указана, кодируется рубрика R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти».

Если в качестве первоначальной причины смерти указан *церебральный атеросклероз* (I67.2) и в свидетельстве о смерти имеется упоминание о:

- кровоизлиянии в мозг, инфаркте мозга или инсульте — кодируют I60–I64.

Когда *церебральный атеросклероз* указывается в качестве исходной предшествовавшей причины:

- неуточненной деменции — кодируют F01;
- болезни Паркинсона — кодируют G20.

Если в качестве первоначальной причины смерти указан *атеросклероз* (I70.-) и в свидетельстве о смерти имеется упоминание о:

- гипертонической болезни — кодируют I10–I13;
- ишемической болезни сердца — кодируют I20–I25;
- миокардите неуточненном — кодируют I51.4;
- дегенерации миокарда — кодируют I51.5;
- цереброваскулярных болезнях — кодируют I60–I69.

Таким образом, рубрика I70.- крайне редко используется для кодирования основной причины смерти (только в том случае, если она единственно указана в медицинском свидетельстве о смерти, т.е. при его неправильном заполнении).

Если первоначальная причина смерти связана с одним или несколькими другими состояниями, указанными в свидетельстве, и в МКБ имеется рубрика, идентифицирующая комбинацию этих состояний, предпочтение отдается этой рубрике. Например:

- *Бронхит, не уточненный как острый или хронический* (J40);
- *Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит* (J41.-);
- Неуточненный хронический бронхит*(J42) с упоминанием о:
эмфиземе — кодируют J44.-;
другой хронической обструктивной болезни легких – кодируют J44.-

Пневмокониоз (J60- J64) с упоминанием о:
туберкулезе органов дыхания — кодируют J65.

Если выбранной первоначальной причиной смерти является ранняя форма патологического состояния, для которого в классификации предусмотрена самостоятельная рубрика «Последствия...», и очевидно, что смерть была вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией, кодируют соответствующей рубрикой «Последствия...» данного состояния. В МКБ-10 для кодирования отдаленных последствий используются следующие рубрики:

- Последствия инфекционных и паразитарных болезней (рубрики охватывают все инфекционные и паразитарные болезни) B90–B94;
- Последствия недостаточности питания и недостатка других питательных веществ E64;
- Последствия избыточности питания (новая рубрика) E68;
- Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы G09;
- Последствия цереброваскулярных болезней I69;
- Смерть матери от последствий прямых акушерских причин O97;
- Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин T90–T98;
- Последствия воздействия внешних причин заболеваемости и смертности Y85–Y89.

Если в свидетельстве о смерти состояние, отображенное в качестве первоначальной причины смерти, указывается как «Последствие...», оно должно быть отнесено к соответствующей из рубрик, указанных выше, независимо от промежутка времени между началом болезни или возникновением травмы и смертью.

Когда в процессе экспертной оценки правильности заполнения свидетельства о смерти приходится принять или отвергнуть тот или иной последовательный ряд событий, указанных в части 1 свидетельства, необходимо руководствоваться следующими положениями:

— Саркома Капоши, опухоль Беркитта и любые другие злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тка-

ней, классифицированные в рубриках С46.- или С81–С96, должны рассматриваться, как прямые последствия болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в случае, когда о ней упоминается в свидетельстве. Однако, такое допущение не следует делать относительно других типов злокачественных новообразований.

— Любые инфекционные болезни, классифицированные в рубриках А00–В19, В25–В49 В58–В64, В99 или в рубриках J12–J18, должны рассматриваться как прямое последствие ВИЧ болезни, указанной в любой части медицинского свидетельства о смерти.

— Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония любого типа, кровотечение, тромбофлебит, эмболия, тромбоз, сепсис, блокада сердца, острая почечная недостаточность, аспирация, ателектаз и инфаркт) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если только не указано, что она была произведена за 4 или более недель до смерти, и не могут быть расценены как первоначальная причина смерти.

— Пневмония или бронхопневмония могут рассматриваться как осложнение при любом заболевании. В частности, бронхопневмонию следует рассматривать как очевидное следствие изнурительных болезней (таких как злокачественное новообразование и недостаточность питания) и болезней, вызывающих паралич (таких как травмы головного и спинного мозга, кровоизлияние в мозг или тромбоз сосудов головного мозга и полиомиелит), а также инфекционных болезней и тяжелых травм.

Последовательным рядом событий нельзя считать записи, в которых:

— любая гипертензия (I10–I15) указана как следствие любого новообразования, за исключением вторичной гипертензии при новообразованиях эндокринных желез, почек и карциноидных опухолях;

— хроническая ишемическая болезнь сердца (I25) указана как следствие любого новообразования;

— любая цереброваскулярная болезнь (I60–I69), указана как следствие эндокардита (I05–I08; I09.1; I33–I38) за исключением эмболии мозговых сосудов в рубриках I65–I66 или внутричерепного кровоизлияния (I60–I62).

ПРИМЕР

I. а) Инфаркт мозга.

б) Тромбоэмболия средней мозговой артерии.

с) Бактериальный эндокардит аортального клапана.

II. Гипертензивная болезнь.

Кодируют бактериальный эндокардит — **I33.0**.

Если в первой части свидетельства о смерти острые или терминальные болезни системы кровообращения врач указал как следствие злокачественного новообразования сахарного диабета или бронхиальной астмы, то этот последовательный ряд событий допустимо рассматривать как возможный. Однако это бывает крайне редко.

Острыми или терминальными болезнями и болезненными состояниями кровообращения считаются:

- I21–I22 — Острый инфаркт миокарда;
- I24. — Другие формы острой ишемической болезни сердца;
- I30. — Острый перикардит;
- I33. — Острый и подострый эндокардит;
- I40. — Острый миокардит;
- I44. — Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка [Гисса];
- I45. — Другие нарушения проводимости;
- I46. — Остановка сердца;
- I47. — Пароксизмальная тахикардии;
- I48. — Фибрилляция и трепетание предсердий;
- I49. — Другие нарушения сердечного ритма;
- I50. — Сердечная недостаточность;
- I51. — Другие неточно обозначенные болезни сердца;
- I60–I68. — Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к под-
рубрикам I67.0–I67.5 и I67.9.

В МКБ-10 впервые выделены рубрики для кодирования нарушений, возникших после различных медицинских процедур, что дает возможность улучшить качество их статистического учета. В классификации таких рубрик девять: E89.-, G97.-, H59.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.- и N99.-.

Необходимо помнить, что эти рубрики не используются для кодирования первоначальной причины смерти. Для кодирования выбирается то состояние, по поводу которого проводилось лечение, или соответствующая из рубрик, идентифицирующих «Последствия...». Для кодирования случаев смерти в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин, используются соответствующие коды, входящие в блоки рубрик 19-го и 20-го классов: T36–T50, T80–T88, X40–X49, Y40–Y84.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПРИМЕРЫ КОДИРОВАНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ОТДЕЛЬНЫМ КЛАССАМ МКБ-10

Класс 1

Коды A40. — «Стрептококковая септицемия», A41. — «Другие септицемии», A46. — «Рожа» могут использоваться для кодирования первоначальной причины смерти в тех случаях, когда они сопровождают поверхностные травмы (любое состояние, относящееся к рубрикам S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0) или ожоги 1-й степени. Если они сопровождают более серьезные травмы, кодируют внешние причины этих травм (класс 20) и характер травмы (класс 19).

Сепсис послеродовой кодируют рубрикой O85.

Пупочный сепсис и бактериальный сепсис новорожденного НКДР кодируют рубриками P38 и P36. соответственно.

Класс 5

Если причиной смерти является алкоголизм (документально подтвержденный), то в медицинском свидетельстве о смерти кодируется вариант алкоголизма по МКБ-10. При этом необходимо помнить, что коду F10.2 отдается предпочтение перед кодами F10.0 и F10.5. В свою очередь, если в свидетельстве о смерти помимо указания на хронический алкоголизм (F10.2) имеется упоминание о таких состояниях как «Абстинентное состояние с делирием» (белая горячка), «Амнестический синдром», «Резидуальные и отсроченные психотические расстройства» (алкогольная деменция, хронический алкогольный церебральный синдром), в этом случае код F10.2 заменяется на коды F10.4, F10.6 и F10.7 соответственно.

Если в свидетельстве указано, что при алкоголизме летальный исход был обусловлен поражением печени («Алкогольная болезнь печени» — K70.-), именно эта нозологическая единица кодируется как основная причина смерти.

Если причиной смерти является наркомания, приоритеты выбора четвертого знака для кодов, ее идентифицирующих, аналогичны вышеуказанным. Если причиной смерти человека, страдающего наркоманией, стал сепсис, возникший как следствие самостоятельной инъекции психоактивного вещества, кодируется вариант наркомании по МКБ-10.

Класс 9

Половина случаев смерти обусловлена нозологическими единицами, входящими в этот класс МКБ-10.

Эссенциальная (первичная) гипертензия — I10 не может являться основной причиной смерти и указывается в свидетельстве лишь во второй его части в качестве сопутствующего заболевания или фонового заболевания при наличии нозологий из группы ишемических болезней сердца (I20-I25) или цереброваскулярных болезней (I60-I69). В этом случае гипертензия рассматривается как фоновое заболевание и не кодируется.

Нозологические формы гипертензивной болезни, идентифицирующиеся кодами I11.-, I12.-, I13.-, могут являться основной причиной смерти и соответственно указываться в первой части свидетельства и кодироваться, но лишь в том случае, если нет указаний на наличие у умершего ишемических болезней сердца (I20-I25) или цереброваскулярных болезней (I60-I69).

ПРИМЕР

I. а) Отек головного мозга.

б) Уремия.

с) Гипертензивная болезнь сердечно-почечная — **I13.2.**

II. Атеросклероз аорты.

ПРИМЕР

Основной диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне вертебро-базилярной артерии. *Фоновое заболевание:* Гипертензивная болезнь. *Осложнения:* Нарушение кровообращения ЦБ, сердечная астма, двусторонний гидроторакс. Отек головного мозга. Нефропатия, хроническая почечная недостаточность.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Отек головного мозга.

б) Ишемический инсульт — **I63.9**.

с)

II. Гипертензивная болезнь сердечно-почечная (I13.2-дополнительный код для использования при анализе смертности по множественным причинам).

Согласно МКБ-10, внезапная сердечная смерть кодируется рубрикой — **I46.1**. Однако, если такой диагноз поставлен больному ишемической болезнью сердца, код основной причины смерти будет — **I24.8** (Острая коронарная недостаточность).

Класс 10

Очаговая пневмония или бронхопневмония преимущественно являются осложнением какого-либо заболевания и поэтому могут подлежать кодированию только в том случае, если обозначены как первоначальная причина смерти. Чаще это имеет место в педиатрической практике.

Крупозная пневмония может быть представлена в диагнозе как основное заболевание (первоначальная причина смерти). Она кодируется рубрикой J18.1, если не производилось вскрытие. При патологоанатомическом исследовании ее следует кодировать как бактериальную пневмонию по результатам проведенного бактериологического (бактериоскопического) исследования, в соответствии с кодом МКБ-10, предусмотренным для выявленного возбудителя.

Хронический обструктивный бронхит, осложнившийся пневмонией, кодируется рубрикой **J44.0**.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Эмфизема легких. Очаговая пневмония (локализация). Хроническое легочное сердце. *Осложнения:* Отек легких и головного мозга. *Сопутствующие заболевания:* Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Очаговая пневмония.

б) Хронический обструктивный бронхит.

с)

II. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Код первоначальной причины смерти — **J44.0**.

Абсцесс легкого с пневмонией кодируется рубрикой J85.1 только в том случае, если возбудитель не уточнен. Если возбудитель пневмонии уточнен, используют соответствующий из кодов J10–J16.

Класс 15

Материнская смерть определяется ВОЗ как 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. При кодировании случаев материнской смерти используются коды 15 класса, с учетом исключений, указанных в начале класса.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Массивное атоническое кровотечение (кровопотеря — 2700 мл) в раннем послеродовом периоде при родах на 38 неделе беременности: расслаивающие кровоизлияния миометрия, зияние маточно-плацентарных артерий. Операция — Экстирпация матки (дата). *Фоновое заболевание:* Первичная слабость родовой деятельности. Затяжные роды. *Осложнения:* Геморрагический шок. ДВС-синдром: массивная гематома в клетчатке малого таза. Острое малокровие паренхиматозных органов.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Геморрагический шок.
б) Массивное атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде — **O72.1**

с)

II. Первичная слабость родовой деятельности. Срок беременности 38 недель. Роды (дата). Операция: экстирпация матки (дата).

Недопустимо в качестве основного заболевания записывать обобщающие понятия — ОПГ-гестоз (отеки, протеинурия, гипертензия). Диагноз должен четко указывать на конкретную нозологическую форму, подлежащую кодированию.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Эклампсия в послеродовом периоде, судорожная форма (3 сутки после первых срочных родов): множественные некрозы паренхимы печени, кортикальные некрозы почек. Субарахноидальное кровоизлияние на базальной и боковой поверхности правого полушария головного мозга. *Осложнения:* Отек головного мозга с дислокацией его ствола. Двусторонняя мелкоочаговая пневмония 7–10 сегментов легких. *Сопутствующее заболевание:* Двусторонний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

б) Эклампсия в послеродовом периоде — **O15.2**.

с)

II. Срок беременности 40 недель. Роды (дата). Двусторонний хронический пиелонефрит.

Рубрика O08.- «Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью» не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Используют рубрики O00–O07.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Криминальный неполный аборт на 18-й неделе беременности, осложнившийся септицемией (в крови — золотистый стафилококк). *Осложнения:* Инфекционно-токсический шок.

Медицинское свидетельство о смерти:

I.a) Инфекционно-токсический шок.

b) Криминальный неполный аборт, осложнившийся септицемией — **O05.0**

c)

II. Срок беременности 18 недель.

Поскольку в понятие «Материнская смерть» помимо случаев смерти, непосредственно связанных с акушерскими причинами, входят также случаи смерти в результате существовавшего прежде заболевания или болезни, развившейся в период беременности, отягощенной физиологическим воздействием беременности, для кодирования таких случаев используют рубрики **O98, O99**.

ПРИМЕР

Медицинское свидетельство о смерти:

I. a) Раковая интоксикация, осложнившая течение беременности.

b) Рак яичников.

c)

II. Беременность 28 недель.

Код первоначальной причины смерти — **O99.8**.

Случаи материнской смерти от ВИЧ-болезни и акушерского столбняка кодируются кодами 1-го класса: **B20–B24** (ВИЧ-болезнь) и **A34** (Акушерский столбняк), случаи включаются в показатели материнской смертности.

По определению ВОЗ, к числу смертей, непосредственно связанных с акушерскими причинами относится смерть не только в результате акушерских осложнений состояния беременности, родов и послеродового периода, но также и смерть в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, возникших от любой из перечисленных причин. Для кодирования причины материнской смерти в случае грубых медицинских ошибок, зарегистрированных в протоколах вскрытия (переливание иногруппной или перегретой крови, введение лекарственного средства по ошибке и т.д.) используется код **O75.4**.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Несовместимость перелитой иногруппной крови после самопроизвольных родов на 39 неделе беременности. *Осложнения:* Посттрансфузионный токсический шок, анурия. Острая почечная недостаточность. Токсическое повреждение печени. *Сопутствующие заболевания:* Анемия беременных.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Посттрансфузионный токсический шок.

б) Несовместимость перелитой иногруппной крови.

с)

II. Анемия беременных. Беременность 38 недель. Роды (дата).

Первоначальная причина смерти — **O75.4**.

Класс 19

Если причиной смерти явилась травма, отравление или некоторые другие последствия воздействия внешних причин, в свидетельстве о смерти проставляются два кода. Первый из них, идентифицирующий обстоятельство возникновения смертельного повреждения, относится к кодам 20-го класса — (V01–Y89). Второй код характеризует вид повреждения и относится к классу 19.

Когда упоминается более чем об одном типе травм в одной и той же области тела и нет четкого указания, какая из них была основной причиной смерти, следует кодировать ту, которая более тяжелая по характеру, осложнениям и имеет большую вероятность летального исхода, или, в случае равнозначности травм, ту из них, которая упомянута лечащим врачом первой.

В тех случаях, когда травмы захватывают более одной области тела, кодирование следует проводить соответствующей рубрикой блока «Травмы, захватывающие несколько областей тела» (T00–T06). Этот принцип используют как при травмах одного типа, так и при различных видах травм в различных областях тела.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Перелом костей основания черепа. Кровоизлияние в IV желудочек мозга. Продолжительное коматозное состояние. Перелом диафиза левого бедра. Множественные ушибы грудной клетки. *Обстоятельства получения травмы:* транспортный несчастный случай, наезд автобуса на пешехода на шоссе.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Кома.

б) Кровоизлияние в IV желудочек мозга.

с) Перелом основания черепа. — **S02.1**.

д) Наезд автобуса на пешехода на шоссе. — **V04.1**.

II. Перелом диафиза левого бедра. Множественные ушибы грудной клетки.

В свидетельстве о смерти проставляются оба кода.

ПРАВИЛА КОДИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Во врачебном свидетельстве о перинатальной и младенческой смерти (ф. №106-2/у-01) пункт 19, предназначенный для записи причины смерти, состоит из трех частей: I, II, III.

Первая часть (I) подразделяется на 2 строки («а» и «б»). В строке «а» записывается непосредственная причина смерти, то есть травма, болезнь или состояние, которые непосредственно привели к смерти. Чаще всего непосредственной причиной смерти являются осложнения основного заболевания. Например, перитонит при некротическом энтероколите, тромбоэмболия при хирургической коррекции врожденного порока сердца, пневмония при болезни Дауна, цирроз печени при врожденной атрезии желчных протоков и прочие. В качестве непосредственной причины смерти не должны указываться симптомы и синдромы, сопровождающие наступление смерти (механизм смерти), такие, как сердечная, дыхательная, почечная или печеночная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, и прочие, если они не являются единственным известным состоянием, обусловившим смерть.

В строке «б» врач указывает основную (первоначальную) причину смерти, то есть то заболевание или травму, вызвавшие последовательный ряд болезненных процессов, которые обусловили непосредственную причину смерти. Например, некротический энтероколит, транспозиция магистральных сосудов, болезнь Дауна, врожденная атрезия желчных протоков и прочее.

Таким образом, в части I пункта 19 должны быть указаны состояния, этиологически и патогенетически связанные. Причем непосредственная причина смерти (строка «а») является следствием заболевания, указанного в строке «б».

Запись причины смерти может закончиться строкой «б», если основное заболевание непосредственно вызвало смерть: врожденный токсоплазмоз, диабетическая фетопатия, дизентерия, менингококкцемия и прочее.

В случае смерти от несчастных случаев, убийств, оставления без помощи и так далее в пункте 19 указываются локализация и характер травмы (характер отравления). В строке «а» записывается непосредственная причина смерти (например, кровотечение, эмболия и другое). В строке «б» указывается локализация и характер повреждения, обусловившего непосредственную причину смерти (например, повреждение бедренной артерии, множественные переломы конечностей и так далее). Внешнее обстоятельство несчастного случая указывается в пункте 20. Например, падение с кровати, пассажир автобуса, пострадавший при его столкновении с грузовым автомобилем.

При смерти от несчастного случая, травмы непосредственная причина смерти может также явиться основной. Например, травматическая ампутация головы, отравление барбитуратами, асфиксия вследствие закрытия дыхательных путей инородным телом и так далее.

Если смерть наступила в результате осложнений хирургических вмешательств или терапевтических процедур, в качестве непосредственной причины смерти указывается характер осложнения, например шок, связанный с проведением анестезии. В качестве основной причины смерти должно быть указано состояние, по поводу которого производилось вмешательство, например острый аппендицит. Внешняя причина смерти указывается в пункте 20, например неблагоприятная реакция на бензодиазепины.

В тех случаях, когда причину смерти ребенка (плода) установить не удастся, в строке «b» части I следует записать: «Причина смерти ребенка не установлена (мацерация, гниlostные изменения и так далее)».

Во второй части (II) пункта 19 врачом отмечаются прочие заболевания, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти (например, недоношенность или переношенность при диабетической фетопатии, гипотрофия при острой кишечной инфекции, дефект в мышечной части межжелудочковой перегородки при врожденной пневмонии).

Третья (III) часть заполняется только в случае мертворождения и смерти новорожденного в первые шесть суток жизни. Строки «с» и «d» предусмотрены для записи состояний матери или последа, способствовавших или обусловивших смерть плода в перинатальном периоде. Наиболее важное состояние записывается в строке «с», а другие, если таковые имеются, в строке «d». Например, гнойный хориоамнионит при врожденном сепсисе, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при интранатальной асфиксии и прочее.

В ряде случаев, когда не представляется возможным установление заболевания (состояния) матери, состояния последа, которые смогли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), в строке «с» следует записать: «Причина со стороны материнского организма не установлена».

После установления непосредственной и основной причины смерти ребенка (плода) в предусмотренные клетки врач вписывает их код в соответствии с четырехзначной подрубрикой МКБ-10. Если основная причина смерти является непосредственной, то один и тот же код проставляется дважды.

После установления основного заболевания (состояния) матери, способствовавшего гибели ребенка (плода) в перинатальном периоде, врач в клетку «Место для кода основного заболевания матери» вписывает их код в соответствии с четырехзначной рубрикой МКБ-10.

В каждой строке части I (основная и непосредственная причины смерти) и в строке «с» части III (основное состояние матери или последа) может быть указано только одно состояние.

Рубрику P00 не следует использовать при шифровке состояний матери, способствовавших или обусловивших гибель плода в перинатальном

периоде. Вместо них необходимо проставлять код из того класса, к которому относится данное состояние и на который имеется соответствующая ссылка в подрубриках вышеназванной рубрики. Например, поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнями почек и мочевыводящих путей у матери (P00.1), кодируются по соответствующему состоянию в N00–N39.

Для кодирования состояний, указанных в рубриках P01–P03, можно использовать как шифры подрубрик данных рубрик, так и шифры соответствующих рубрик и подрубрик класса XV МКБ-10. Например, если поражение новорожденного было связано с неправильным (ягодичным) предлежанием плода перед родами, в клетке «Место для кода основного заболевания матери» может быть проставлен код O32.1 (класс XV) или P01.7 (класс XVI).

Состояния, указанные в P07 (расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках) и P08 (расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела при рождении), не могут являться ни непосредственной, ни основной причиной смерти, если они не являются единственным известным состоянием плода или новорожденного.

КОДИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

При кодировании причин смерти и заболеваемости используются различные принципы выбора причины. При смерти больного в основу кодирования берется этиологическая причина болезни, ее первооснова. При обращении за медицинской помощью предпочтение отдается состоянию, обусловившему данное конкретное обращение, несмотря на то, что у больного могут быть и другие более серьезные заболевания.

При кодировании обращений за медицинской помощью также имеются свои правила выбора основного заболевания из медицинской документации. Врач, ответственный за лечение пациента, обязан для каждого случая обращения выбрать основное состояние, подлежащее регистрации, однако он должен записать и все остальные диагнозы или состояния, которые также должны быть закодированы. В Республике Беларусь статистика заболеваемости в амбулаторно-поликлинических учреждениях основана на учете всех имеющихся у пациента заболеваний, поэтому каждое из них подлежит кодированию.

Статистика госпитализированной заболеваемости в противовес амбулаторно-поликлинической основана на анализе заболеваемости по единичной причине. То есть, статистическому учету на государственном уровне подлежит основное болезненное состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода пребывания пациента в стационаре. Основное состояние определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого больному в основном проводилось лечение или исследование, и на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов.

Помимо основного состояния в статистическом документе необходимо перечислять другие состояния или проблемы, которые имели место в течение данного эпизода медицинской помощи. Это дает возможность при необходимости проводить анализ заболеваемости по множественным причинам.

Регистрация в статистической карте выбывшего из стационара не только «основного состояния», но и сопутствующих состояний и осложнений, помогает также лицу, проводящему кодирование, выбирать для основного состояния наиболее адекватный код МКБ.

Каждая диагностическая формулировка должна быть как можно более информативной. Недопустимо формулировать диагноз таким образом, чтобы терялась информация, позволяющая максимально точно идентифицировать болезненное состояние. Например, формулировка диагноза «Аллергическая реакция на пищевой продукт» не дает возможность использовать код, адекватный имевшемуся состоянию. Здесь необходимо уточнить, в чем конкретно проявилась эта реакция, так как коды для ее обозначения могут быть использованы даже из разных классов болезней:

- анафилактический шок — T78.0;
- отек Квинке — T78.3;
- другое проявление — T78.1;
- дерматит, вызванный съеденной пищей — L27.2;
- аллергический контактный дерматит, вызванный попаданием пищевого продукта на кожу — L23.6.

Если обращение за медицинской помощью связано с лечением или обследованием по поводу остаточных явлений (последствий) болезни, которая в настоящее время отсутствует, необходимо подробно описать, в чем выражается это последствие, четко отметив при этом, что первоначальное заболевание в настоящее время отсутствует. В статистике заболеваемости в отличие от статистики смертности в качестве кода «основного состояния» должен использоваться код природы самого последствия. Например, левосторонний паралич нижней конечности, как результат перенесенного полтора года назад инфаркта мозга **Код G83.1**.

Рубрики, предусмотренные для кодирования «последствий...» могут использоваться в тех случаях, когда имеет место ряд различных специфических проявлений последствий и ни одно из них не доминирует по тяжести и по использованию ресурсов на лечение.

Например, диагноз «остаточные явления инсульта», выставленный больному в случае, когда имеют место множественные остаточные явления болезни, а лечение или обследования не проводятся преимущественно по поводу одного из них, кодируется рубрикой **I69.4**.

Если у больного, страдающего хроническим заболеванием, возникает резкое обострение имеющегося состояния, что стало причиной его срочной

госпитализации, в качестве «основного» заболевания выбирается код острого состояния данной нозологии, если только в МКБ не имеется специальная рубрика, предназначенная для комбинации этих состояний.

Например, Острый холецистит (потребовавший оперативного вмешательства) у больного хроническим холециститом.

Кодируют острый холецистит — **K81.0** — как «основное состояние».

Код, предназначенный для хронического холецистита (K81.1), может быть использован в качестве необязательного добавочного кода.

Например, Обострение хронического обструктивного бронхита.

Кодируют хроническое обструктивное заболевание легких с обострением — **J44.1** — как «основное состояние», поскольку МКБ-10 предусматривает соответствующий код для такой комбинации.

Клинический диагноз, установленный больному при выписке из стационара, также как и в случае смерти, о чем говорилось выше, должен быть четко рубрифицирован, а именно представлен в виде четких трех разделов: основное заболевание, осложнения (основного заболевания), сопутствующие заболевания. По аналогии с разделами клинического диагноза, статистическая карта выбывшего из стационара также представлена тремя ячейками. Однако, будучи чисто статистическим документом она не предусмотрена для копирования в нее всего клинического диагноза. То есть, записи в ней должны носить информативный, направленный характер в соответствии с задачей последующей разработки первичного материала (таблица 2).

В силу этого в графе «основное заболевание» врач должен указать основное состояние, по поводу которого в течение данного эпизода медицинской помощи главным образом и проводились лечебные и диагностические процедуры, т. е. основное состояние, которое подлежит кодированию. Однако на практике этого часто не происходит, особенно когда диагноз включает в себя не одну, а несколько нозологических единиц, составляющих единое групповое понятие.

Таблица 2 — Записи диагноза

Основное заболевание	Осложнения	Сопутствующие заболевания
ИБС на фоне гипертензивной болезни Стенокардия напряжения II н.к. Постинфарктный кардиосклероз. Хроническая аневризма левого желудочка	Нарушение кровообращения II Б. Двусторонний гидроторакс	Дивертикул пищевода. Желчнокаменная болезнь

Первое слово этого диагноза — ИБС. Так называется блок болезней, кодируемых рубриками I20–I25. При переводе названия блока была допущена ошибка и в английском оригинале он называется не ишемическая болезнь сердца, а ишемические болезни сердца. Таким образом, ишемическая болезнь сердца уже стала групповым понятием, как, к примеру, и цереброваскулярная

болезнь, и, в соответствии с МКБ-10, формулировку диагноза следует начинать с конкретной нозологической единицы. В данном случае это хроническая аневризма сердца — **I25.3** и данный диагноз должен быть записан в статистической карте выбывшего из стационара следующим образом (таблица 3).

Таблица 3 — Примеры записи диагноза

Основное заболевание	Осложнения	Сопутствующие заболевания
ИБС. Хроническая аневризма левого желудочка Нестабильная стенокардия II ф.к.	Нарушение кровообращения II Б. Двусторонний гидроторакс	Гипертензивная болезнь

Запись в статистической карте выбывшего из стационара не должна быть перегружена информацией о заболеваниях, имеющих у больного, но не связанных с данным эпизодом медицинской помощи.

Недопустимо заполнять статистический документ как показано в следующем примере (таблица 4).

Таблица 4 — Записи диагноза

Основное заболевание	Осложнения	Сопутствующие заболевания
ИБС на фоне артериальной гипертензии. Нестабильная стенокардия. Затяжной ангинозный приступ. Рубцовые изменения миокарда после перенесенных инфарктов. Постоянная форма мерцательной аритмии, тахисистолический вариант.		

Заполненная таким образом статистическая карта выбывшего из стационара не должна приниматься к разработке. Медицинский статистик в отличие от лечащего врача не может самостоятельно определить основное заболевание, по поводу которого проводилось лечение или обследование и на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов, то есть отобрать заболевание для кодирования по единичной причине.

Статистик лишь может присвоить (или перепроверить) код, адекватный состоянию, которое определено лечащим врачом как основное. В данном случае это нестабильная стенокардия **I20.0**, и в карте выбывшего из стационара диагноз следовало записать следующим образом (таблица 5).

Таблица 5 — Пример записи диагноза

Основное заболевание	Осложнения	Сопутствующие заболевания
Нестабильная стенокардия на фоне хр. ИБС	Мерцательная аритмия	Гипертензивная болезнь

Различные типы нарушения ритма сердца не кодируются, так как являются проявлениями ишемических болезней сердца.

Гипертоническая болезнь при наличии ИБС преимущественно выступает в качестве фонового заболевания. В случае смерти она всегда должна быть указана лишь во II-й части медицинского свидетельства о смерти. В

случае эпизода стационарного лечения может использоваться как основной диагноз, если послужила основной причиной госпитализации (таблица 6).

Таблица 6 — Записи диагноза

Основное заболевание	Осложнения	Сопутствующие заболевания
Злокачественная гипертензия. Гипертонический криз. ИБС. Стенокардия напряжения II ф.к.	Нарушение кровообращения ПБ. Двусторонний гидроторакс. Нефропатия. Хроническая почечная недостаточность.	Гепатомегалия. Хронический гастрит. Хронический бульбит. Железодефицитная анемия.

Код основного заболевания **I13.2**.

Острый инфаркт миокарда продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее, произошедший впервые в жизни больного, кодируется **I21**. Повторный в жизни больного острый инфаркт миокарда, независимо от продолжительности периода, прошедшего после первого заболевания, кодируется **I22**.

Запись заключительного диагноза в статистической карте выбывшего из стационара не должна начинаться с группового понятия типа *Дорсопатия*, так как оно не подлежит кодированию, поскольку охватывает собой целый блок трехзначных рубрик M40 — M54. По этой же причине неверным является использование в статистических учетных документах группового понятия *ОПГ — гестоз*, так как он охватывает собой блок трехзначных рубрик O10–O16. Диагноз должен четко указывать на конкретную нозологическую форму, подлежащую кодированию.

Формулировка заключительного клинического диагноза с акцентом на этиологию возникновения нарушения приводит к тому, что в статистику госпитализированной заболеваемости попадают не конкретные состояния, явившиеся основной причиной стационарного лечения и обследования, а этиологическая причина возникновения этих нарушений.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Дорсопатия. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника L5 — S1 с обострением хронического пояснично-крестцового радикулита.

При такой некорректной формулировке диагноза в статистической карте выбывшего из стационара, заполненной на больного, находившегося на стационарном лечении в неврологическом отделении, в статистическую разработку может попасть код — M42. 1, что не верно, так как больной получал лечение по поводу обострения хронического пояснично-крестцового радикулита.

Правильная формулировка диагноза: Пояснично-крестцовый радикулит на фоне остеохондроза. **Код — M54.1**.

ПРИМЕР

Основное заболевание: Дорсопатия. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника с болевым синдромом. Ишиалгия. Люмбализация.

Правильная формулировка диагноза: Люмбаго с ишиасом на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Люмбализация. **Код — M54.4**.

Таким образом, первым условием для улучшения качества статистической информации является правильное заполнение врачами статистических учетных документов. Процесс выбора нозологической единицы для кодирования заболеваемости и смертности требует экспертной оценки и решить его нужно совместно с лечащим врачом.

Примечание, касающееся кодирования ревматических болезней сердца.

Ревматизм, активный ревматизм, ревмокардит, неактивный ревматизм являются устаревшими терминами и не должны использоваться при формулировке диагноза, т.к. не могут быть закодированы уточненным трехзначным кодом. Вместо диагноза «активный ревматизм» введено современное понятие «острая ревматическая лихорадка». Однако, с него не следует начинать диагноз в статистическом учетном документе, т.к. оно идентифицируется блоком кодов — **(I00–I02)**. Диагноз должен начинаться с формулировки конкретной нозологической формы, которая подлежит статистическому учету.

При развитии (или рецидиве) ревматической лихорадки, протекающей без поражения сердца (или при отсутствии упоминания о нем), применяется код **I00**.

Для обозначения впервые в жизни развившегося заболевания возможно использование термина острая ревматическая лихорадка (код тот же — **I00**).

При развитии (или рецидиве) ревматической лихорадки, сопровождающейся поражением сердца, или рецидивирующей на фоне ранее сформировавшегося поражения сердца, диагноз формулируется как ревматическая лихорадка с поражением сердца — код **I01**.

При уточнении локализации воспалительных изменений в сердце они соответствующим образом обозначаются в диагнозе (острый ревматический перикардит, эндокардит, миокардит, другие острые ревматические поражения сердца) и кодируются соответствующим 4-значным кодом: I01.0; I01.1; I01.2; I01.8; I01.9.

Ревматическая хорея имеет код I02. Ревматическая хорея, протекающая вместе с, или на фоне поражения сердца, имеет код I02.0; без поражения (вовлечения) сердца — код I02.9.

Вместо диагноза «неактивный ревматизм» введено современное групповое понятие «хронические ревматические болезни сердца» (как исход ранее перенесенной острой ревматической лихорадки, приведшей к поражению сердца) — **коды I05–I09**. В статистическом учетном документе диагноз должен начинаться не с этого группового понятия, а с конкретной нозологической единицы, подлежащей кодированию на четырехзначном уровне в соответствии с конкретно установленной локализацией хронического поражения сердца.

Примечания, касающиеся кодирования артропатий.

Инфекционно-аллергический артрит (полиартрит) — диагноз является устаревшим. Современное наименование данной патологии — **реактивный артрит (артропатия)** — код **M02.-** с соответствующим 4-м знаком при определенных формах: артрит, сопровождающий кишечный шунт — M02.0, постдизентерийная артропатия — M02.1, постиммунизационная артропатия — M02.2, болезнь Рейтера — M02.3.

Урогенный (хламидийный), постэнтероколитический, постстрептококковый и другие реактивные артриты (с установленным этиологическим фактором) имеют код M02.8.

Деформирующий остеоартроз (артроз), Остеоартрит, Артрозоартрит — вместо этих терминов следует использовать представленное в МКБ-10 название болезни **артроз** или **остеоартроз** (коды **M15-M19** с 4-м знаком в соответствии с преимущественной локализацией или клинико-анатомическими особенностями, например, эрозивный (остео) артроз — M15.4, первичный коксартроз двусторонний — M16.0, коксартроз в результате дисплазии двусторонний — M16.2, первичный гонартроз односторонний — M17.1 и т. д.

ПЕРЕЧЕНЬ КОДОВ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕРМИНАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ И НЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫМ В МКБ-10

В настоящее время в отечественной медицине используется значительное число диагностических терминов, не имеющих четких терминологических аналогов в МКБ-10, что приводит к произвольному кодированию на территории страны. Часть этих терминов соответствует современным отечественным клиническим классификациям. Другие представляют из себя устаревшие термины, однако еще достаточно широко используемые в нашей стране.

Ниже приведен перечень нозологий, кодирование которых вызывает наибольшие трудности при подборе к ним кодов МКБ-10 (таблица 7).

Таблица 7 — Перечень нозологий, кодирование которых вызывает наибольшие трудности

Диагноз	Код	Примечание
Острое нарушение мозгового кровообращения с гемипарезом	I64	
Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне вертебробазилярной артерии	I63.5	
Ишемический инсульт	I63.9	
Геморрагический инсульт	I62.9	
Вертебробазилярная недостаточность: — с кризами	G45.-	
Спазм сосудов головного мозга	G45.9	
Транзиторная ишемическая атака в бассейне средней мозговой артерии	G45.1	
Астеноневротический синдром Астенический синдром Церебрастения Невротические реакции		Если данные диагнозы ставятся пациентам на основе комплекса симптомов, характерных для диагноза <i>Неврастения</i> (F48.0) или <i>Других невротических расстройств</i> (F48.8), то необходима консультация психиатра для постановки уточненного диагноза. При невозможности такой консультации, для кодирования имеющегося у пациента состояния следует использовать какой-либо из кодов: R53 «Недомогание и утомляемость (Астения)» или R45,- «Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию», в зависимости от имеющегося у пациента симптомокомплекса.

Продолжение таблицы 7

Диагноз	Код	Примечание
Нейроциркуляторная дистония Вегетососудистая дистония		Диагнозы <i>Нейроциркуляторная дистония</i> и <i>Вегетососудистая дистония</i> не определены в МКБ-10 как самостоятельные нозологические единицы и соответственно не имеют в МКБ статистического кода. Вегетативные расстройства, проявляющиеся в нарушении регуляции сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма могут быть составной частью ряда болезненных состояний: гипертоническая болезнь, эндокринные нарушения, хроническая ИБС и т.д. В этом случае статистическому учету подлежит основное заболевание, которое кодируется соответствующей рубрикой МКБ-10. В том случае, если диагнозы <i>Нейроциркуляторная дистония</i> и <i>Вегетососудистая дистония</i> ставятся пациентам на основе симптомокомплекса, характерного для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3), необходима консультация психиатра для постановки уточненного диагноза. При невозможности такой консультации для кодирования указанного симптомокомплекса следует использовать Код R45.8.
Хронический арахноидит	G03.1	
Серозный менингит	G03.9	
Остаточные явления ДЦП с гемипарезом	G80.2	
Остаточные явления полиомиелита с вялым гемипарезом	G81.0 B91	— при кодировании заболеваемости — при кодировании причин смерти
Парез лучевого нерва	G56.3	Такая формулировка диагноза устарела. Необходимо использовать современную формулировку — невралгия лучевого нерва.
Травматический плексит	G54.0	Хотя такая формулировка диагноза не является полной и требует уточнения по локализации, тем не менее возможно использовать код G54 0, так как упомянутая формулировка практически всегда относится к плечевому сплетению
Солярит	G54.8	Диагноз устарел, некорректен
Нейросенсорный полиневрит от воздействия физических факторов (множественных)	G62.8	
Межреберная невралгия	G58.0	Это состояние следует указывать как «Межреберная невралгия»
Полирадикулоневрит	G61.0	Такая формулировка устарела и требует замены на «полирадикулоневропатия»
Последствия нейроинфекции	G09	В лечебно-диагностической практике имеет ограниченное применение и требует оценки и кодирования конкретного состояния пациента
Детский церебральный паралич (ДЦП)	G80	Соответствующими подрубриками этого кода обозначаются имеющиеся нарушения, независимо от возраста пациента (т.е. не только в детском возрасте, но и в возрасте 18 лет и старше)
Минимальная мозговая дисфункция (у детей)		Необходима консультация психоневролога для постановки уточненного диагноза. При невозможности такой консультации для кодирования расстройства, имеющегося у ребенка, необходимо использовать соответствующую из рубрик R45–R48
Острый мышечно-тонический синдром	M54.2–M54.5	— для выбора соответствующего четвертого знака необходимо уточнить локализацию поражения

Продолжение таблицы 7

Диагноз	Код	Примечание
Невралгия бедренного нерва	G57.2	Диагноз следует формулировать как «невропатия» или «неврит»
Интоксикационный энцефало-миелополирадикулоневрит	G62.2	
Неврит лучевого нерва	G56.3	Диагноз следует формулировать как «поражение лучевого нерва»
Пароксизмальный паралич	G72.3	Диагноз следует формулировать как «периодический паралич»
Миотония	G71.1	Диагноз следует формулировать как «миотоническое расстройство», т.к. к слову «миотония» есть код M62.8
Диэнцефальный синдром	E23.3	Постановка этого диагноза у взрослых требует проведения дифференциальной диагностики с целью исключить наличие состояний, обозначаемых кодом F45.3
Диабетическая энцефалопатия	E10–E14	с четвертым знаком .8
Гиперплазия щитовидной железы (без нарушения функции)	E04.9	
Тимомегалия	E32.0	
Аденома щитовидной железы	D34	
Нормохромная анемия	D64.9	Такая формулировка диагноза не корректна и требует уточнения этиологии
Геморрагический васкулит (системное заболевание)	D69.0	
Кардиопатия кифосколиотическая	I27.1	
Тонзиллогенная кардиопатия	I42.8	Диагноз следует давать в формулировке «Тонзиллокардиальный синдром»
Эндокринная кардиопатия	I42.8	Диагноз следует формулировать как «Дисовариальная кардиопатия». Но необходимо уточнить диагноз, т.к. в значительном проценте случаев это состояние возникает после удаления яичников. В этом случае код будет I97.8
Постмиокардитический кардиосклероз	I51.4	
Постинфарктный кардиосклероз	I25.2	
Крупноочаговый кардиосклероз	I25.2	
Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз	I25.1	
Микроинфаркт	I21.4	
Прединфарктное состояние	I20.0	Промежуточный коронарный синдром
Посткардиальный синдром		Этот диагноз не используется. Надо уточнить конкретно имеющееся состояние
Постмиокардитический кардиосклероз	I51.4	
Гипертонический криз	I10	Этот код используется только в том случае, если данная формулировка диагноза не сопровождается указанием на наличие у пациента состояний, идентифицируемых кодами I11–I13. При наличии таких указаний кодируется соответствующая форма гипертонической болезни
Злокачественная гипертензия	I10	Этот код используется только в том случае, если данная формулировка диагноза не сопровождается указанием на наличие у пациента состояний, идентифицируемых кодами I11–I13. При наличии таких указаний кодируется соответствующая форма гипертонической болезни
Мерцательная аритмия	I48	
Острая коронарная недостаточность	I24.8	

Продолжение таблицы 7

Диагноз	Код	Примечание
Острая коронарная смерть	I24.8	
Внезапная сердечная смерть больного ишемической болезнью сердца	I24.8	
Пневмосклероз	J84.8	
Пылевой бронхит (профессиональный)		Диагноз не корректен и требуется уточнить вид вдыхаемой пыли
Хроническая пневмония: — в терапевтической практике — в педиатрической практике	J47.0	Диагноз вышел из употребления и должен быть заменен соответствующей нозологической формой, кодируемой подрубрикой J84.1 (пневмония фиброзная) Диагноз ставится на основе имеющегося у ребенка локального пневмосклероза с деформацией бронхов, постоянных локальных влажных хрипов. Для его кодирования в рубрику J47 «Бронхоэктатическая болезнь» вводится дополнительный четвертый знак .0
ОРЗ, ОРВИ	J06.9	
Трахеобронхит — у лиц моложе 15 лет; — у лиц в возрасте 15 лет и старше	J20.9 J40	Если поражение органов дыхания вовлекает более чем одну анатомическую область и в классификации отсутствует код, специально предусмотренный для такого сочетания поражений, то кодирование проводится по анатомически ниже расположенной локализации (в данном случае кодируется бронхит)
Рецидивирующий бронхит	J40.0	Диагноз, используемый в педиатрической практике. Для его кодирования в рубрику J40 «Бронхит, не уточненный как острый или хронический» вводится дополнительная подрубрика .0
Рецидивирующий обструктивный бронхит	J40.0	Диагноз, используемый в педиатрической практике. Для его кодирования в рубрику J40 «Бронхит, не уточненный как острый или хронический» вводится дополнительная подрубрика .0
Астматический статус	J46.0– J46.9	В рубрику J46 вводятся дополнительные четвертые знаки, аналогичные имеющимся в рубрике J45
Тубинфицированность	R76.1	
Выраж туберкулиновых проб	R76.1	
Дисбактериоз		«Дисбактериоз кишечника» не является клиническим диагнозом. Наиболее частыми заболеваниями, встречающимися у больных, которым ошибочно выставляется диагноз «дисбактериоз» являются: синдром раздраженного кишечника (K58.-), антибиотикоассоциированная диарея (K91.8) (в частности, псевдомембранозный колит, обусловленный <i>Klostridium difficile</i>), синдром избыточного роста бактерий (у больных с опухолями тонкой кишки, спаечными процессами в брюшной полости; болезнью Крона; системной склеродермией, сахарным диабетом; после перенесенной ваготомии). В детской практике «дисбактериоз» часто выставляется взамен диагнозов: «неинфекционная диарея у новорожденного» (P78.3), «диспепсия» (K30), «неинфекционный энтерит» (K52.9), «антибиотикоассоциированная диарея» (K91.8). Таким образом, если в статистическом документе записан диагноз «дисбактериоз», он должен быть расценен как неуточненный, предварительный и не может быть закодирован иначе как R19.8 «Другие уточненные симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости».

Окончание таблицы 7

Диагноз	Код	Примечание
Хронический гастродуоденит	K29.9	
Эрозивный гастрит:	K29.1	
— с кровотечением	K29.0	
Эрозивный бульбит	K26.9	
Язвенный бульбит	K26.9	
Парапроктит	K62.8	
Гепатит В и С:		
— острый;	B17.7	Для кодирования сочетания этих заболеваний вводится дополнительная подрубрика — .7
— хронический	B18.7	
Миниаборт	O04	
Узел матки	D25.9	
Бесплодие:		Диагнозы некорректны. Необходимо уточнить тип происхождения бесплодия
— первичное;		
— вторичное		
Апоплексия яичников	N83.8	
Альгодисменорея	N94.6	
Эрозия шейки матки при беременности	O99.8	
Гарднереллез	A63.8	
Уреаплазмоз	A63.8	
Стрептодермия	L08.0	
Токсикодермия	L27.9	
Внутриутробная гипотрофия	P05.0	
Эксудативно-катаральный диатез Аллергический диатез	L20	Формулировки устарели. Необходимо пользоваться современным диагнозом «атопический дерматит»
Нарушение осанки Сутулость	M53.2	Нередко ставящиеся диагнозы (без указания на наличие кифоза или сколиоза) рекомендуется обозначать как спинная нестабильность. Однако, при постановке такого диагноза у детей, юношей и лиц молодого возраста необходимо каждый раз исключать лежащий в основе патологии со стороны позвоночника гипермобильный синдром, а также юношеский остеохондроз позвоночника (болезнь Кальве и болезнь Шейермана-Мау) и анкилозирующий спондилит (спондилоартрит). У женщин в постменопаузе в таких случаях необходимо исключать остеопороз.
Плоско-вальгусная деформация стопы	M21.0	
Плоско-варусная деформация стопы	M21.1	
Плоскостопие	M21.4	Плоская стопа, исключая врожденную
Артралгия	M25.5	

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММНЫХ ЦЕЛЕЙ ЗАНЯТИЯ

С целью закрепления и контроля усвоения изложенного в пособии материала рекомендуется выполнить самостоятельные задания, а также ответить на вопросы тестового контроля.

Задания

Заполните свидетельство о смерти и проставьте код непосредственной и основной причин смерти.

1. Смерть ребенка с врожденным пороком сердца тетрада Фалло наступила в возрасте 3 лет после операции коррекции порока от двусторонней пневмонии.

2. Мальчик в возрасте 9 лет с острым лимфобластным лейкозом умер от кровоизлияния в мозг.

3. Ребенок 8 лет, страдавший общим ожирением, заболел гриппом А. Умер от гнойного менингита, осложнившего двустороннюю стафилококковую пневмонию, которая осложнила грипп.

4. Ребенок перенес ревматизм в возрасте 6 лет. Сформировался порок сердца — недостаточность митрального клапана. В последующие годы нарастала хроническая сердечная недостаточность. Умер в 12 лет от гипостатической пневмонии.

5. У ребенка с врожденным пороком — клапаном задней уретры — развилась тяжелая симптоматическая гипертензия, обусловленная хроническим пиелонефритом. Умер в возрасте 2 лет от кровоизлияния в мозг. На вскрытии и после гистологического исследования диагностирован также хронический вирусный гепатит В.

6. Ребенок с врожденным сахарным диабетом умер в возрасте 5 лет от острой кишечной колиинфекции, осложнившейся прободением язв кишечника и развитием разлитого гнойного перитонита.

7. Мальчик 3 лет с клиникой кишечной инфекции умер от острой почечной недостаточности. На вскрытии диагностирован гемолитико-уремический синдром. При бактериологическом исследовании флора из кишечника не выделена, морфологии кишечной инфекции нет: кишечник без изменений.

8. У ребенка 3 лет острая кишечная колиинфекция осложнилась развитием гемолитико-уремического синдрома. Умер от острой почечной недостаточности. У него также имелся ВПС — дефект межжелудочковой перегородки.

9. Женщине 26 лет с правосторонней трубной беременностью сроком 10 недель, разрывом маточной трубы и массивным внутрибрюшным кровоизлиянием была произведена операция тубэктомии при одновременном и последующем переливании крови и кровезаменителей. Несмотря на проводившуюся терапию развившийся синдром диссеминированного внутри-

сосудистого свертывания (ДВС-синдром) привел к пролонгированному кровотечению в брюшную полость, острой постгеморрагической анемии, которая и послужила причиной смерти.

10. У 44-летней женщины со сроком беременности 18 недель после неполного самопроизвольного выкидыша развился стафилококковый гнойный метроэндометрит. Произведена лапаротомия, экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости, однако развившаяся септикопиемия привела к летальному исходу.

11. Женщина 30 лет с наличием наркотической зависимости к морфию умерла во время беременности от острого отравления отваром маковой соломки.

12. У больного 70 лет имелась аденома предстательной железы, сопровождавшаяся хроническим двусторонним восходящим гнойным пиелонефритом с исходом во вторичное сморщивание почек с симптоматической гипертензией. Смерть наступила от полиорганной недостаточности, обусловленной хронической недостаточностью кровообращения и уремией.

13. Больной 42 лет страдал хроническим алкоголизмом. При вскрытии: жировой гепатоз, алкогольная энцефалопатия, атрофия паренхимы поджелудочной железы, атрофический гастрит, алкогольная кардиомиопатия, левосторонняя нижнедолевая тотальная гнойная пневмония.

14. Смерть больной 82 лет, страдавшей ИБС, хроническим бронхитом, наступила от гемотампонады полости сердечной сорочки в результате острого обширного трансмурального инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. При вскрытии и после гистологического исследования диагностирован также рак левой почки.

15. Смерть больного 37 лет, длительное время страдавшего алкогольным циррозом печени, осложнившимся развитием портальной гипертензии, кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и постгеморрагической анемии, наступила вследствие нарастающих явлений острой печеночной и сердечно-сосудистой недостаточности.

16. Больному 32 лет по поводу рецидивирующей опухоли правой височной области (глиобластомы) была произведена операция — удаление опухоли. Умер в послеоперационном периоде из-за отека и дислокации головного мозга.

17. Больная 83 лет страдала раком поперечно-ободочной кишки. Состояние осложнилось флегмоной передней брюшной стенки вследствие прорастания опухоли всех слоев кишки, врастания ее в переднюю брюшную стенку и распространения инфекции из кишечника. Выраженная интоксикация на фоне ИБС, желчнокаменной болезни и ожирения привела больную к смерти.

18. Больной 48 лет страдал инсулинзависимым сахарным диабетом. Смерть наступила от хронической почечной недостаточности, развившейся вследствие диабетического гломерулосклероза.

19. Больной 58 лет страдал острым правосторонним средним гнойным отитом, осложнившимся сепсисом в форме септикопиемии. По поводу отита была произведена операция антромастотомии. Смерть наступила от полиорганной недостаточности вследствие интоксикации.

20. Больная 35 лет страдала хроническим гломерулонефритом. Больной была произведена операция трансплантации почки. В послеоперационном периоде развилась реакция отторжения трансплантата. Смерть больной наступила от хронической почечной недостаточности, уремического отека легких, отека и дислокации головного мозга.

21. Мужчина 29 лет выпил около бутылки водки. Пьяным был уложен в постель. Утром его обнаружили мертвым. При вскрытии: резкое застойное полнокровие внутренних органов, отек легких, головного мозга и мозговых оболочек, множественные экхимозы под серозными оболочками плевры, эпикарда. Содержание алкоголя в крови 3,20%, в моче — 4,60 %.

22. Мужчина 32 лет по ошибке проглотил около 20 миллилитров уксусной эссенции. Смерть наступила на 4-е сутки от аспирационной пневмонии.

23. Мужчина 52 лет с целью самоубийства лег на рельсы перед проходящим поездом. При перекачивании колес через шею произошло отделение головы от туловища. Содержание алкоголя в крови — 1,10 %.

24. Мужчина 23 лет был сбит автомашиной. Доставлен в больницу в сознании с переломом бедра. Через 12 часов внезапно потерял сознание, в коже плечевого пояса появились множественные петехиальные кровоизлияния. Еще через 3 часа наступила смерть. При вскрытии: множественные петехиальные кровоизлияния в коже плечевого пояса, верхнего отдела груди, оскольчатый перелом правого бедра в нижней трети со смещением отломков, в белом веществе головного мозга, мозжечка, в стволе мозга и в продолговатом мозге множественные мелкие кровоизлияния. При микроскопическом исследовании в капиллярах головного мозга, легких, сердца, клубочках почек обнаружены жировые эмболы.

25. Девочка 3,5 года во время пожара в частном доме получила ожоги туловища II–IV степени, захватывающие до 30 % поверхности тела. Умерла на 15-й день болезни от полиорганной недостаточности, обусловленной септической интоксикацией.

26. Труп мужчины был обнаружен на пустыре. При вскрытии: проникающее ранение грудной клетки с повреждением сердца. Смерть наступила в результате сдавления сердца накопившейся в полости перикарда кровью.

27. Во время купания на реке один из купающихся (мужчина 54 лет) неожиданно вскрикнул: «Тону!», и стал то погружаться в воду, то появляться на ее поверхности. Через минуту он погрузился в воду и больше не появлялся. При вскрытии картина, обычная при утоплении: мелкопузырчатая пена у отверстий рта и носа, цианоз лица и шеи, петехиальные кровоизлияния в соединительной оболочке глаз, под легочной плеврой пятна Рассказова-Лукомского. Органические повреждения во внутренних органах отсутствуют. Этиловый алкоголь в крови не обнаружен.

28. Мужчина 23 лет был сбит грузовым автомобилем. По дороге в больницу начал жаловаться на боли в грудной клетке, головокружение, побледнел, потерял сознание и через 15 минут скончался. При осмотре: на коже ягодиц, грудной клетки множественные ссадины, кровоподтеки. При вскрытии: множественные переломы таза, 4 ребер. Внутренние органы без повреждений. При микроскопическом исследовании: ишемия легких и почек с микрокровоизлияниями и признаками интерстициального отека.

29. Мужчина 42 лет выстрелил себе в голову из револьвера и сразу умер. При осмотре на коже височной области отпечаток дульного среза, круглый дефект ткани, волосы вокруг опалены. При вскрытии: конусообразный дефект височной кости, кровоизлияние в вещество и под оболочки головного мозга, разрушение части головного мозга.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

1. В МКБ-10 использован:

Варианты ответа:

- а) цифровой код;
- б) буквенно-цифровой код;
- в) буквенный код.

2. Число классов в МКБ-10 составляет:

Варианты ответа:

- а) 19;
- б) 21;
- в) 25.

3. МКБ-10 состоит из:

Варианты ответа:

- а) глав и разделов;
- б) строк, граф, ячеек;
- в) классов, блоков; рубрик, подрубрик.

4. В МКБ-10 использованы:

Варианты ответа:

- а) все буквы английского алфавита;
- б) все буквы английского алфавита, кроме букв «X», «Y», «Z»;
- в) все буквы английского алфавита, кроме буквы «U».

5. Алфавитный перечень заболеваний, травм и внешних причин, находится в:

Варианты ответа:

- а) первом томе МКБ-10;
- б) втором томе МКБ-10;
- в) третьем томе МКБ-10.

**6. Полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных под-
рубрик находится в:**

Варианты ответа:

- а) первом томе МКБ-10;
- б) втором томе МКБ-10;
- в) третьем томе МКБ-10.

7. В системе двойного кодирования основным кодом в государственной статистике причин смерти и заболеваемости населения является код, помеченный значком:

Варианты ответа:

- а) «крестик» (♣);
- б) «звездочка» (*).

8. В правильно составленном окончательном клиническом диагнозе основное заболевание будет находиться:

Варианты ответа:

- а) на последнем месте;
- б) на первом месте.

9. В свидетельстве о смерти основное заболевание (первоначальная причина смерти) будет находиться:

Варианты ответа:

- а) на последнем месте;
- б) на первом месте.

10. Основным заболеванием (состоянием) в клинической практике считается:

Варианты ответа:

а) патологический процесс, являющийся терминальным состоянием (например, отек мозга, сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия ветвей легочной артерии и т. п.);

б) нозологическая единица, которая в данный момент имеет наиболее выраженные проявления, угрожающие здоровью и жизни больного, и по поводу которой проводится лечение.

11. Первоначальная причина смерти — это:

Варианты ответа:

а) болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти;

б) осложнение основного заболевания, явившееся непосредственной причиной смерти;

12. Непосредственная причина смерти — это:

Варианты ответа:

а) состояние, этиологически и патогенетически не связанное с основным заболеванием и его осложнениями и не оказывающее на его течение и развитие существенного влияния;

- б) преимущественно осложнение основного заболевания;
- в) болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, приведших к смерти.

13. В каждую строку (a, b, c, d) свидетельства о смерти может быть внесено:

Варианты ответа:

- а) только одно заболевание, состояние, осложнение;
- б) несколько заболеваний, состояний, осложнений.

14. При обращении за медицинской помощью в поликлинику кодируется:

Варианты ответа:

- а) наиболее серьезное хроническое заболевание (состояние);
- б) состояние, обусловившее данное конкретное обращение.

15. Статистика госпитализированной заболеваемости в отличие амбулаторно-поликлинической основана на кодировании и анализе заболеваемости:

Варианты ответа:

- а) множественных состояний;
- б) по единичной причине.

16. В случае наличия двух конкурирующих или сочетанных состояний в свидетельстве о смерти врач их указывает:

Варианты ответа:

- а) в части I как первоначальную причину смерти и во II части;
- б) в части I как непосредственную причину смерти и как первоначальную причину смерти;
- в) в части I как непосредственную причину смерти и во II части.

17. Фоновое заболевание (состояние) в свидетельстве о смерти указывается в:

Варианты ответа:

- а) части I как первоначальная причина смерти;
- б) части I как непосредственная причина смерти;
- в) в части II.

18. Государственная статистика смертности в Республике Беларусь основана:

Варианты ответа:

- а) на системе множественного кодирования;
- б) на концепции первоначальной причины.

19. Заключительный диагноз: Основное заболевание: Сахарный диабет, тип II, декомпенсированный. Влажная гангрена правой стопы. Осложнения: сепсис. Сопутствующие заболевания: Хронический двусторонний калькулезный пиелонефрит в стадии ремиссии.

Определите первоначальную (основную) причину смерти.

Варианты ответа:

- а) Гангрена правой стопы;
- б) Сахарный диабет, тип II;
- в) Сепсис.

20. Заключительный диагноз: Основное заболевание: *Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Эмфизема легких. Очаговая пневмония (локализация). Хроническое легочное сердце.* Осложнения: *Отек легких и головного мозга.* Сопутствующие заболевания: *Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.*

Определите первоначальную (основную) причину смерти.

Варианты ответа:

- а) Хронический обструктивный бронхит;
- б) Очаговая пневмония;
- в) Отек легких и головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины. Информационно-методическое письмо Минздрава РФ и НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, 2002.

2. *Коваленко, В. Л.* Теоретические и практические основы оформления диагноза при ятрогенных болезнях / В. Л. Коваленко, П. Д. Синицын, Ю. И. Малышев. — Челябинск, 1985. — 108 с.

3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: Т. 1 Ч. 1 и 2. Т 2. — Женева: ВОЗ, 1995. — 698, 634 и 180 с.

4. Пособие по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (для врачей и специалистов по статистике) / И. А. Красильников [и др.]. — СПб, 1998. — 126 с.

5. О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения: Постановление Госкомстата Республики Беларусь от 9 ноября 1993 г. № 75, приказ Минздрава Республики Беларусь от 9 ноября 1993 г. № 254.

6. Об утверждении форм медицинской документации и инструкций по их заполнению: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 4 февраля 2002 г. № 4/11.

7. *Смолянников, А. В.* Теоретические основы морфологического диагноза / А. В. Смолянников, О. К. Хмельницкий, В. П. Петленко. — СПб.: МАПО, 1995. — 238 с.

8. *Смолянников, А. В.* Принципы составления патологоанатомического диагноза / А. В. Смолянников, Г. Г. Автандилов, Е. В. Уранова. — М., 1977. — 68 с.

Приложение А

	УТВЕРЖДЕНО
(наименование учреждения, выдавшего свидетельство)	Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 04.02.2002 № 4/11
	Форма 106/у-01
Корешок врачебного свидетельства о смерти № _____ окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____ (подчеркнуть)	
1. Фамилия, имя, отчество умершего _____	
2. Дата смерти «__» _____ 20__ г. 3. Дата рождения " __ " _____ 20__ г.	
4. Смерть последовала в стационаре _____ (наименование учреждения)	
дома, в другом месте (подчеркнуть) _____	
5. Место постоянного республика (государство) _____ жительства умершего область (край) _____ (прописка): район _____ наименование населенного пункта _____ улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____	
Справку выдал _____ (И.О.Фамилия)	
Справку получил _____ (И.О.Фамилия)	
(наименование документа, номер, серия, кем и когда выдан)	
(дата выдачи)	(подпись получателя)
----- (линия отреза)	

	УТВЕРЖДЕНО
(наименование учреждения, выдавшего свидетельство)	Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 04.02.2002 № 4/11
	Форма 106/у-01
Врачебное свидетельство о смерти № _____ окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____ (подчеркнуть)	
1. Фамилия, имя, отчество умершего _____	
2. Пол: мужской 1:_, женский 2:_:	
3. Место постоянного республика (государство) _____ Место для кода	
жительства умершего область (край) _____ :-----:	
(прописка): район _____ : _____:	
наименование населенного пункта _____ : _____:	
район в городе _____ :-----:	
улица _____	
дом _____ корпус _____ квартира _____	
вид населенного пункта: город 1:_:, село 2:_:	
4.Дата рождения: :_:_: :_:_: :_:_: :_:_: 5.Дата смерти: :_:_: :_:_: 20 :_:_:	
число месяц год число месяц год	

6. Место смерти: а) республика _____ б) смерть последовала:
область _____ район _____ в стационаре 1: __: __:, дома 2: __: __:,
наименование населенного
пункта _____ в другом месте 3: __: _____

7. Группа учета в государственном регистре : __:

8. Я, врач _____ в должности _____
(фамилия, инициалы)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа 1: __: __:, записей лечащего врача в
медицинской документации 2: __: __:, предшествовавшего наблюдения 3: __: __:, вскрытия
4: __: __: мною определена последовательность патологических процессов (состояний),
приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

I. Непосредственная причина а) _____ Место для кода
смерти (болезнь или _____ (вызванная или явившаяся _____ непосредственной
состояние, непосредственно _____ следствием) _____ причины
приведшие к смерти) _____ :-----: :
: :
: :

Патологические состояния б) _____ : :
(заболевания), вызвавшие _____ (вызванная или явившаяся _____ :-----: :
или обусловившие _____ следствием) _____ : :
непосредственную причину _____

смерти _____ c) _____ Место для кода
(вызванная или явившаяся _____ основной причины
следствием) _____

Основная причина смерти _____ :-----: :
(первоначальная болезнь _____ d) _____ : :
или состояние) _____ :-----: :

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с
болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней:

1: __: __: алкогольное опьянение, 2: __: __: другое

9. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы : __: __: : __: __: 20 : __: __: б) при несчастных случаях, не
(отравления) число месяц год связанных с производством, указать
вид травмы: бытовая 1: __: __:,
уличная (кроме транспортной) 2: __: __:,
дорожно-транспортная 3: __: __:,
школьная 4: __: __:, спортивная 5: __: __:,
прочая 6: __: __: _____

с) место и обстоятельства, при которых произошла травма _____ Место для кода
(отравление): _____ :-----: :
_____ : :
_____ :-----: :

10. Смерть женщины наступила: во время беременности 1: __: __:, родов 2: __: __:, в
течение : __: __: __: дней после родов

Свидетельство выдал _____ (фамилия, инициалы) _____ (дата) _____ (подпись)

Печать учреждения,
выдавшего свидетельство

Свидетельство проверено в органе записи актов гражданского состояния вра-
чом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств о
рождении и смерти.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (И.О.Фамилия)

19. Я, врач* _____ должность _____
(фамилия, инициалы)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа 1:_, записей лечащего врача в медицинской документации 2:_, предшествовавшего наблюдения 3:_, вскрытия 4:_ мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

I. Непосредственная а) _____ Место для кода
причина смерти (вызванная или явившаяся следствием) непосредственной
(болезнь или состояние, _____ причины
непосредственно :-----:
приведшие к смерти) : :
:-----:
Место для кода
основной причины
Основная причина б) _____ :-----:
смерти (первоначальное _____ : :
заболевание или состояние) :-----:

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней: _____

III. Основное с)* _____ Место для кода
заболевание или _____ основного
состояние матери _____ заболевания
(последа), _____ матери
оказавшее неблаго-
приятное влияние :-----:
на ребенка (плод) : :
:-----:
Другие заболевания д)* _____ :-----:
или состояния _____
матери (последа),
оказавшие неблагоприятное
влияние на ребенка (плод)

20. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления): _____ б) при несчастных случаях указать
:_: :_: 20 :_: : вид травмы: бытовая 1 :_:,
число месяц год уличная (кроме транспортной) 2:_,
дорожно-транспортная 3:_, прочая 4:_:

с) место и обстоятельства, при которых произошла травма Место для кода
(отравление): _____ :-----:
: :
:-----:

21. Причина смерти (мртворождения) установлена: врачом, удостоверившим смерть 1:_, врачом, принимавшим роды 2:_, врачом-неонатологом, лечившим ребенка 3:_, врачом-педиатром, лечившим ребенка 4:_, патологоанатомом 5:_, судебно-медицинским экспертом 6:_:

Зарегистрировано в _____ Свидетельство выдал** _____
органе записи актов (фамилия, инициалы)
гражданского состояния, _____
запись акта №* _____

_____ (подпись)
Печать учреждения,
(дата регистрации) _____ выдавшего свидетельство

_____ (подпись лица, осуществившего регистрацию*)

_____ (дата выдачи)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Цель МКБ-10 и область ее применения	3
Появление и этапы развития МКБ	4
Структура МКБ	5
Некоторые условные обозначения, используемые в МКБ-10	9
Принципы составления диагноза	11
Основные принципы кодирования	13
Кодирование причин смерти.....	14
Некоторые замечания ВОЗ, касающиеся кодирования первоначальной причины смерти	20
Дополнительные рекомендации и примеры кодирования причин смерти, относящихся к отдельным классам МКБ-10	25
Правила кодирования перинатальной и младенческой смерти.....	33
Кодирование заболеваемости	31
Перечень кодов к диагностическим терминам, используемым в отечественной практике и не представленным в МКБ-10.....	39
Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия	48
Самоконтроль усвоения темы.....	51
Литература	55
Приложение А	56
Приложение Б	58

ISBN 978-985-506-216-6



Учебное издание

Дорофеев Виталий Михайлович
Дорофеева Саглар Михайловна
Шаршакова Тамара Михайловна

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ
СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ,
СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА**

**Учебно-методическое пособие для студентов всех факультетов
высших медицинских учебных заведений и практических врачей**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 27.02.2009
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,14. Уч.-изд. л. 3,43. Тираж 150 экз. Заказ № 34

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

