**М И Н И С Т Е Р С Т В О  З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Я**
**Р Е С П У Б Л И К И  Д А Г Е С Т А Н**

**Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан**
**«Республиканский медицинский**
**информационно-аналитический центр»**

# Информационный сборник

## О ВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ СЛУЧАИ СМЕРТИ

# Справочный материал

***Выпуск 5***

**г.Махачкала, июнь 2016г.**

*Сборник подготовлен специалистами Министерства здравоохранения Республики Дагестан, ГБУ РД «Республиканский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Дагестан», главными штатными и нештатными специалистами МЗ РД.*

***Уважаемые коллеги!***

*Материалы, представленные в данном сборнике, публикуются нами без ограничений доступа. Однако, при их использовании (цитировании) просим Вас соблюдать* ***Законодательство РФ*** *об авторском праве и* ***указывать источник получения информации***.

Условные обозначения

( - ) - данных не имеется
0.0 - значение показателя меньше единицы измерения

## Содержание


| Наименование | стр. |
|---|---|
| «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».Приказ МЗиСР РФ N 782Н от 26 декабря 2008 г. | 3 |
| О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти. Письмо МЗиСРФ от 19.01.2009г. №14-6/10/2-178 | 6 |
| «Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений». Приказ МЗиСРФ от 2 мая 2012 г. № 441н. | 55 |
| «О порядке проведения сверок с территориальными органами загс и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти». Письмо МЗиСРФ от 23 июля 2015г. N 13-2/10/1-2824 | 58 |
| "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий". Приказ МЗиСРФ от 6 июня 2013 г. N 354н . | 60 |
| Рекомендации по кодированию некоторых заболеваний из класса IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10. | 66 |
| «О порядке проведения сверок с территориальными органами загс и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти». Приказ МЗиСРФ от 23 июля 2015 г. № 13-2/10/1-2824. | 97 |
| «Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-Х) в практике отечественной медицины». Информационно - методическое письмо МЗИСРФ | 99 |
| Неуточненные причины смерти российского населения от инфекционных и неинфекционных заболеваний по данным официальной статистики. | 122 |
| Принципы формулирования диагнозов с учетом требований международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем. | 127 |
| Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра. | 134 |
| Статистика смертности. Концепция первоначальной причины смерти. | 136 |
| Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца. | 159 |
| Примеры оформления патологоанатомических диагнозов и причин смерти, указываемых в медицинском свидетельстве о смерти (МСС). | 180 |
| Рекомендации по кодированию травм при дорожно-транспортных происшествиях в соответствии с МКБ-10 | 192 |
| Требования, предъявляемые к правильному заполнению медицинского свидетельства о смерти | 209 |
| О состоянии работы в медицинских организациях Республики Дагестан по регистрации умерших (итоги 2015г.) | 212 |
| Анализ качества оформления медицинских свидетельств о смерти в 2015 г. | 221 |
| Причины расхождения сведений об умерших в ДТП (к сопоставлению данных ГИБДД МВД РД и Минздрава РД) | 223 |
| Приложение. Как зарегистрировать смерть гражданина | 225 |
| Тестовые задания для самоконтроля знаний | 230 |
| Образец заполнения заявления о выдаче медицинского свидетельства о смерти | 249 |

Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 декабря 2008 г. N 13055

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

**от 26 декабря 2008 г. N 782н**

# ОБ УТВЕРЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, УДОСТОВЕРЯЮЩЕЙ СЛУЧАИ РОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ

Список изменяющих документов

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

В соответствии с пунктом 5.2.100.1 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825, N 46, ст. 5337, "Российская газета", N 245, 28.11.2008), и в целях совершенствования системы учета первичной учетной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, и организации ее ведения приказываю:

1. Утвердить:

1. учетную форму N 103/у-08 "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению N 1;

(приложение N 1 утратило силу. - ПриказМинздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н)

2. учетную форму N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" согласно приложению N 2;

3. учетную форму N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о

перинатальной смерти" согласно приложению N 3.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

организовать применение учетных форм, указанных в пункте 1 настоящего Приказа, в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой;

организовать централизованное изготовление медицинских свидетельств о рождении и смерти, учетные формы которых утверждены настоящим Приказом, и обеспечение ими медицинских организаций независимо от их организационно-правовой формы, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

3. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 августа 1998 г. N 241 "О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-X" (зарегистрирован Минюстом России 2 октября 1998 г. N 1628).

**Министр** **Т.ГОЛИКОВА**

Примечание: Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1687н утверждена новая форма Медицинского свидетельства о рождении.

**Приложение N 2**

к приказу от 26 декабря 2008 г. N 782н

**Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782 н**

## II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о смерти

5. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без Медицинского свидетельства запрещается.

7. ….. Медицинское свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства...

8. Запрещается оформление Медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта смерти.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший (ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

9. Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача…»

**«О порядке выдачи и заполнения**
**медицинских свидетельств о рождении и смерти»**

**Письмо МЗиСР РФ**
**№ 14-6/10/2-178 от 19 января 2009 г.**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет для использования в работе рекомендации по порядку выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. N 782н (зарегистрирован в Минюсте России 30 декабря 2008 г. N 13055). Приложение:

1. Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 103/у-08 «Медицинское свидетельство о рождении» на 8 л. в 1 экз.

2. Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» на 12 л. в 1 экз.

3. Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» на 12 л. в 1 экз.

**В.И. Скворцова**

**Приложение N 1**

**Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 103/у-08 «Медицинское свидетельство о рождении»** (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055)

***I. Общие положения***

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28,

ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 103/у-08 «Медицинское свидетельство о рождении» (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации рождения ребенка, родившегося живым, в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно- правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация) и лицами, занимающимися частной медицинской практикой (далее - частнопрактикующий врач). Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

4.Медицинское свидетельство выдается той медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой оказывал медицинскую помощь при родах, или той, в которую обратилась мать после родов, либо частнопрактикующим врачом - при родах вне медицинской организации.

5. Если случай рождения произошел на судне, в самолете, в поезде или на другом транспортном средстве во время его следования, Медицинское свидетельство выдает медицинская организация, расположенная по маршруту следования транспортного средства.

***II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о рождении***

6. Медицинское свидетельство заполняется на: родившихся живыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, сроком беременности 28 недель и более или длиной тела 35 см и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при сроке беременности 28 недель и более - при многоплодных родах; новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г до 999 г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).

7. При многоплодных родах Медицинское свидетельство заполняется на каждого ребенка в отдельности в порядке их рождения.

8. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств (отдельно по каждому учетному документу).

9. Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

10. При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. N 677 «Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 46, ст. 4472; 2005, N 33, ст. 3423; 2006, N 48, ст. 5084). В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для

субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов. Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации. На бланке Медицинского свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

11. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и они остаются в книжке бланков.

12. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат» на основании находящейся на хранении медицинской документации.

13. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер и серия) должны быть указаны в соответствующей медицинской документации.

14. Медицинское свидетельство выдается родителям (одному из родителей) или другим лицам (близким родственникам, законным представителям новорожденного) под расписку для государственной регистрации рождения, осуществляемой в соответствии с Федеральным законом.

### *III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о рождении*

15. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью

«исправленному верить», подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

16. Заполнение Медицинского свидетельства производят вписыванием необходимых сведений и подчеркиванием соответствующих обозначений.

17. Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.

18. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО. В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках.

19. При заполнении Медицинского свидетельства: в пункте 1 «Ребенок родился» указывается дата рождения - число, месяц, год, а также время - часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30). Эти сведения берут из соответствующей медицинской документации; в пунктах 2-10 указываются сведения о матери; в пунктах 2-6 указываются сведения по паспортным данным матери или документам, заменяющим паспорт и удостоверяющим личность гражданина; пункт 2 «Фамилия, имя и отчество» - заполняется полностью по данным документа, удостоверяющим личность матери, а фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о ее рождении. Если нет сведений, делается запись «неизвестно». в пункт 3 «Дата рождения» вносится число, месяц, год - на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери (например, 20.07.1977). В случае если дата рождения матери неизвестна, во всех подпунктах пункта 3 ставятся прочерки. Если известен только год рождения (определен судебно-

медицинским экспертом), его указывают в соответствующем подпункте, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв «ХХ» вместо неизвестных сведений (например, «ХХ.ХХ.1985»); в пункт 4 «Место постоянного жительства (регистрации)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющим личность гражданина. При отсутствии документа, удостоверяющего личность гражданина, делается запись «неизвестно»; в пункте 5 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности; в пункте 6 «Семейное положение» указывается, состоит ли женщина или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность гражданина, делается запись «неизвестно»; Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются: 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; 2) разрешение на временное проживание; 3) вид на жительство; 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства. В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у матери отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 2-6 Медицинского свидетельства и пункты 2-5 корешка Медицинского свидетельства со слов матери, о чем

должна быть сделана отметка «со слов матери» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации; в пункте 7 «Образование», заполняемом со слов матери, делается отметка об образовании: в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.); в позиции «Общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения; пункт 8* «Занятость» заполняется со слов матери: в позиции «была занята в экономике»: к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.); к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области

финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.); к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин. К «неквалифицированным рабочим» относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.); 5 к «занятым на военной службе» относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны; в позиции «не была занята в экономике»: к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или

социальную пенсию; к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях; к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве; к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных; к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства; пункт 9 «Срок первой явки к врачу (фельдшеру, акушерке)» заполняется из соответствующей медицинской документации и указывается в неделях. Пункт 10 «Которым по счету ребенок был рожден у матери» заполняется с учетом умерших и без учета мертворожденных при предыдущих родах; в пунктах 11-18 указываются сведения о ребенке из соответствующей медицинской документации: пункт 11 «Фамилия ребенка» заполняется по желанию родителей и указывается в случае, если родители имеют одинаковую фамилию; в пункте 12 «Место рождения» указывается название республики (края, области), района, города (села), где произошло рождение. Если нет сведений, делается запись «неизвестно»; в пункте 13 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности; в пункте 14 «Роды произошли» делается отметка о том, где произошли роды: в стационаре, дома, в другом месте или неизвестно; в пункте 15 «Пол» делается отметка: мальчик или девочка. В случае невозможности визуального определения пола, его записывают по желанию матери; в пункт 16 «Масса тела при рождении» вписывается масса тела в граммах, зарегистрированная при рождении ребенка. У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни. Фактическая масса тела должна быть зафиксирована с той степенью точности, с которой она была измерена (например, 3253); пункт 17

«Длина тела при рождении» включает длину тела от верхушки темени до пяток, измеренную в сантиметрах (например, 52); в пункте 18 «Ребенок родился» отмечают подпункт «при одноплодных родах», если роды одноплодные, в остальных ставятся прочерки; в случае многоплодных родов заполняется подпункт «при многоплодных родах» и ставится прочерк в подпункте «при одноплодных родах». Например, в случае рождения ребенка вторым из двойни следует в подпункте «при одноплодных родах» поставить прочерк, в подпункте «при многоплодных родах» в позиции «которым по счету» записать «2» и в позиции «число родившихся» также записать «2»; в пункте 19 «Лицо, принимавшее роды» указывают, кем были приняты роды: врачом, фельдшером (акушеркой) или другим лицом; в пункте 20 указывают сведения о лице, заполнившем Медицинское свидетельство: фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), его должность, и ставится его подпись. 20. Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации (или уполномоченным лицом) или частнопрактикующим врачом с указанием их фамилии, имени и отчества и заверяется круглой печатью. IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о рождении 21. В пунктах 1-9 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство. В пункте 8 Корешка указывается фамилия, имя, отчество, должность врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство. В пункте 9 Корешка «Получатель свидетельства о рождении» делается запись о фамилии, имени, отчестве получателя Медицинского свидетельства и его отношение к ребенку (мать, отец, бабушка и др.). Здесь же указываются данные о документе, удостоверяющем личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения и ставится подпись получателя. 23.# Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их выдачи

в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями. _____. Пункт заполняется в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. N 298

**Приложение N 2**

**Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти»,** (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055)

***I. Общие положения***

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно- правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация) и лицами, занимающимися частной

медицинской практикой (далее - частнопрактикующий врач). Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

4. Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти. В случае если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства. В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

***II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о смерти***

5. Медицинское свидетельство выдается членам семьи, а при их отсутствии близким родственникам умершего(ей) или законному представителю умершего(ей), а также правоохранительным органам по их требованию, после подписи получателя на корешке Медицинского свидетельства. Корешок остается в медицинской организации или у частнопрактикующего врача. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без Медицинского свидетельства запрещается. Когда захоронение умершего(ей) производится медицинской организацией, последняя обязательно заполняет Медицинское свидетельство, представляет его в трехдневный срок в орган ЗАГС для государственной регистрации.

6. При производстве вскрытий в централизованных патологоанатомических отделениях оформляется выписка из протокола (карты) патологоанатомического исследования, которая передается в медицинскую организацию, где произошла смерть. Медицинское свидетельство выдается данной медицинской организацией, при этом раздел «причины смерти» заполняется в соответствии с заключением врача-патологоанатома.

7. Медицинское свидетельство выдается с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного». Медицинское свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства. После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач- патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного». В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство «взамен окончательного». При выдаче Медицинского свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства. Медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» используются для статистической разработки причин смерти.

8. **Запрещается оформление Медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта**

**смерти**. Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

9. Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача.

10. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства. Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается. При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. N 677 «Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 46, ст. 4472; 2005, N 33, ст. 3423; 2006, N 48, ст. 5084). В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов. Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная,

количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации. На бланке Медицинского свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

11. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и они остаются в книжке бланков.

12. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат» на основании находящейся на хранении медицинской документации.

13. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи при заполнении Медицинского свидетельства в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10), в случае смерти от заболеваний должны проставлять один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений - два кода: один - по характеру травмы (отравления), второй - внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти.

14. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации. На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики. Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности их

заполнения и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация. Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства: а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства; б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

15. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер, серия и причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в первичной медицинской документации.

### *III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о смерти*

16. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

17.Заполнение Медицинского свидетельства производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

18. Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства

невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.

19. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО. В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках. Далее указывается серия и номер Медицинского свидетельства, дата его выдачи в формате «число, месяц, год» (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного» - в соответствии с пунктом 3 настоящей инструкции.

20. При заполнении Медицинского свидетельства: в пунктах 1-3, 5, 6, 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющем личность умершего(ей); в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет - на основании свидетельства о рождении. Если нет сведений, делается запись «неизвестно»; в пункте 2 указывается пол - мужской или женский; в пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв «ХХ» вместо неизвестных сведений (например, «ХХ.ХХ.1985»); в пункт 4 из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк; в пункт 5 «Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей)» вносятся сведения в соответствии с

отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»; в пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности; в пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей); в пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности; в пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте; в пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок - доношенным (при сроке беременности 37-41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переношенным (42 полные недели и более); в пункте 11 записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года: масса тела при рождении в граммах (например, 1050); каким по счету был ребенок у матери (считая умерших, и не считая мертворожденных); дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет). Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка; в пункте 12 «Семейное положение» делается запись о том, состоял (а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»; Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются: 1) документ, выданный иностранным

государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; 2) разрешение на временное проживание; 3) вид на жительство; 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства. В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у умершего(ей) отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 1-3, 5, 6, 12 Медицинского свидетельства и пункты 1 - 3, 5 корешка Медицинского свидетельства со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка «со слов родственников» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации или подписью частнопрактикующего врача и его печатью; пункт 13 «Образование» заполняется со слов родственников: в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие11 и т.п.; «начальное» - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.); в позиции «Общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» - окончившим начальную

общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения; пункт 14* «Занятость» заполняется со слов родственников: в позиции «был(а) занят(а) в экономике»: к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.); к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.); к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин; к «неквалифицированным рабочим» относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов

деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.); к «занятым на военной службе» относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны; в позиции «не был(а) занят(а) в экономике»: к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию; к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях; к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве; к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных; к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;12 в пункте 15 «Смерть произошла» после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен). Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранительными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы. В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения

военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в Медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: «Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы». Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится; в пункте 16 «В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти» указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла. Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения; в пункте 17 «Причины смерти установлены» делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт; в пункте 18 «Я, врач (фельдшер, акушерка)», указывается фамилия, имя, отчество, должность лица заполнившего Медицинское свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти; в пункте 20 «В случае смерти в результате ДТП»: в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки - «1» и «2», а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8-30 суток после него - отметку «1»; пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов; в пункте 22

указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись. Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом, указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью; в пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств. 21. При заполнении пункта 19 «Причины смерти» необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти. Из заключительного клинического диагноза выбирается одна первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в подпунктах «а - г» части I пункта 19 Медицинского свидетельства: а) непосредственная причина; б) промежуточная причина; в) первоначальная причина; г) внешняя причина при травмах (отравлениях). В части II пункта 19 Медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти.13 Первоначальной причиной смерти являются: болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти; обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация. Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями: в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления; заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2

осложнения, из которых составляют «логическую последовательность» и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины; в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10. Часть II пункта 19 включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено. Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть II пункта 19 Медицинского свидетельства. Не рекомендуется включать в Медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших. После заполнения всех необходимых строк Медицинского свидетельства необходимо произвести выбор первоначальной причины смерти. В статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при

смерти от травм (отравлений): первая - по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая - внешняя причина (XX класс МКБ-10). Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других строках. Например, промежуточная причина смерти может быть отобрана как первоначальная; при этом последняя будет располагаться на строке подпункта б). Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Медицинском свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин. Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.14 В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись «неизвестно». Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10). Государственная статистика материнской смертности основывается на Медицинских свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роженицу, родильницу. Согласно рекомендациям МКБ-10: материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо

причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43-365 дней после окончания беременности. Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти. Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы: смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин; смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности. IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о смерти 22. В пунктах 1-13 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство. 23. В пункте 14 Корешка «Фамилия, имя, отчество получателя» указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства. Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя. 24. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их выдачи в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с

действующими инструкциями. _____ * Пункт заполняется в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. N 298.15

**Приложение N 3**

**Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»**

(утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055)

**I. Общие положения**

1. В соответствии со статьей 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма N 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации мертворожденного и смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

3. Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно- правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация) и лицами, занимающимися частной

медицинской практикой (далее - частнопрактикующий врач). Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой. Запрещается заполнение Медицинского свидетельства заочно, без личного установления факта смерти врачом (фельдшером, акушеркой).

4. Медицинское свидетельство выдает та медицинская организация, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах, или та, в которую обратилась мать после родов, либо частнопрактикующий врач - при родах вне медицинской организации. Это относится ко всем случаям родов в стационаре, на дому или в другом месте.

5. В случае мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни вне стационара без присутствия врача (фельдшера, акушерки) проводится судебно-медицинское исследование, при этом Медицинское свидетельство заполняет судебно-медицинский эксперт.

6. Если случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни произошел на судне, в самолете, в поезде или на другом транспортном средстве во время его следования, Медицинское свидетельство выдает медицинская организация, расположенная по маршруту следования транспортного средства.16 II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

7. Медицинское свидетельство для регистрации в органах ЗАГС заполняется на: родившихся живыми или мертвыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, сроком беременности 28 недель и более или длиной тела 35 см и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при сроке беременности 28 недель и более - при многоплодных родах; новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г до

999 г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).

8. Критериями для заполнения Медицинского свидетельства (на мертворожденных и живорожденных, умерших в первые 168 часов жизни) являются: а) масса тела при рождении - 1000 г и более; б) срок беременности - 28 недель и более; в) длина тела от верхушки темени до пяток - 35 см и более. В случае если масса тела при рождении неизвестна, необходимо учитывать срок беременности (28 недель и более); если неизвестна масса и срок беременности, то учитывают длину тела (35 см и более). Медицинское свидетельство выдается в случаях, когда произошла антенатальная смерть (смерть плода во время беременности, до начала родов) одного из плодов при многоплодной беременности на ранних ее сроках, и масса плода менее 1000 г, а роды произошли при сроке беременности 28 недель и более.

9. На ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, заполняют 2 свидетельства: Медицинское свидетельство о рождении и Медицинское свидетельство о перинатальной смерти. На каждый случай мертворождения заполняется 1 Медицинское свидетельство.

10. При многоплодных родах отдельно заполняют Медицинские свидетельства на каждого мертворожденного или родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни.

11. В соответствии с пунктом 4 статьи 20 Федерального закона заявление в органы ЗАГС о мертворождении и смерти ребенка, умершего в первые 168 часов жизни, должно быть сделано не позднее чем через три дня со дня установления факта мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни. Регистрация в органах ЗАГС мертворожденных и детей, умерших до 7 полных суток жизни, производится в течение трех дней: медицинской организацией, в которой произошел случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни; при родах, принятых на дому - медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой принимал роды или констатировал смерть новорожденного, и частнопрактикующим

врачом; при смерти ребенка в первые 168 часов жизни на дому - медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой оказывал медицинскую помощь новорожденному и установил его смерть на дому, или частнопрактикующим врачом; в случаях судебно-медицинского исследования - бюро судебно-медицинской экспертизы. Во всех остальных случаях, когда Медицинское свидетельство не может быть выдано, регистрация в органах ЗАГС производится в судебном порядке.

12. При производстве вскрытий в централизованных патологоанатомических отделениях заполняется выписка из протокола (карты) патологоанатомического исследования, которая передается в медицинскую организацию, где произошло мертворождение или смерть ребенка в первые 168 часов жизни. Медицинское свидетельство выдается данной медицинской организацией, при этом раздел «причины смерти» заполняется в соответствии с заключением врача-патологоанатома.

13. Медицинское свидетельство выдается с отметкой: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного». Медицинское свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства. После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее, чем через 45 дней после установления причины смерти, судебно-медицинский эксперт или врач- патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного». В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство «взамен окончательного». При выдаче Медицинского свидетельства «взамен

предварительного» или «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

14. Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, где произошли роды, или частнопрактикующий врач и заверяется круглой печатью.

15. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства. Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

16. При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. N 677 «Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 46, ст. 4472; 2005, N 33, ст. 3423; 2006, N 48, ст. 5084). В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов. Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации. На

бланке Медицинского свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

17. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и они остаются в книжке бланков.

18. В случае утери Медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат» в соответствии с находящейся на хранении первичной медицинской документацией.

19. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации. На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики. Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности их заполнения и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация. Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства: а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства; б) обеспечивает

разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и.т.д.

20. Сведения о выдаче Медицинского свидетельства (дата выдачи, номер и серия, причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в соответствующей медицинской документации.

***III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о перинатальной смерти***

21. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

22. Заполнение Медицинского свидетельства производят вписыванием необходимых сведений и подчеркиванием соответствующих обозначений.

23. Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.

24. При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО. В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках. Далее указывается дата выдачи Медицинского свидетельства (число, месяц, год) и подчеркивается его вид: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного». При заполнении

Медицинского свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» дополнительно указывается серия и номер ранее оформленного Медицинского свидетельства (предварительного или окончательного).

25. При заполнении Медицинского свидетельства: в пункте 1 «Роды мертвым плодом» указывается дата мертворождения - число, месяц, год, а также время - часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30); в пункте 2 «Ребенок родился живым» указывается дата рождения живого ребенка, а затем дата его смерти. При этом указывается число, месяц, год, а также часы, минуты рождения и смерти; в пункте 3 «Смерть наступила» делается отметка в позиции, указывающей, когда наступила смерть: до начала родов (1), во время родов (2), после родов (3) или в неизвестный период (4);19 в пунктах 4-11 указываются сведения о матери мертворожденного или ребенка, умершего до 7 полных суток жизни; пункт 4 «Фамилия, имя и отчество» заполняется полностью по данным паспорта матери или иного документа, удостоверяющего личность матери, а фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о ее рождении. Если нет сведений, делается запись «неизвестно»; в пункте 5 «Дата рождения» указывается число, месяц, год - на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери (например, 20.07.1977). В случае если дата рождения матери неизвестна, во всех позициях пункта 5 ставится прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв «ХХ» вместо неизвестных сведений (например, «ХХ.ХХ.1985»); в пункт 6 «Место постоянного жительства (регистрации)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно». В

пункте 7 «Местность» указывают принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности; в пункте 8 «Семейное положение» указывается, состоит ли женщина или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно». Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются: 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; 2) разрешение на временное проживание; 3) вид на жительство; 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства. В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у матери отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 4-8 Медицинского свидетельства и пункты 4-7 корешка Медицинского свидетельства со слов матери, о чем должна быть сделана отметка «со слов матери» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя медицинской организации или частнопрактикующего врача и печатью; пункт 9 «Образование» заполняется со слов матери: в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины

срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.); в позиции «Общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения; пункт 10* «Занятость» заполняется со слов матери: в позиции «была занята в экономике»: к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.); к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.); к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер,

фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин; к «неквалифицированным рабочим» относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих для всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.); к «занятым на военной службе» относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны; в позиции «не была занята в экономике»: к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию; к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях; к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве; к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве

безработных; к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства; в пункт 11 «Которые по счету роды» включаются сведения (с учетом мертворождений), которые берутся из соответствующей медицинской документации. В пунктах 12-20 указываются сведения о ребенке, умершем до 7 полных суток жизни или о мертворожденном из соответствующей медицинской документации; в пункте 12 «Фамилия ребенка (плода)» - фамилия новорожденного (мертворожденного) ребенка (плода) указывается по желанию родителей в случае, если родители имеют одинаковую фамилию; в пункте 13 «Место смерти (мертворождения)» указывается название республики (края, области), района, города (села), где произошла смерть (мертворождение). Если нет сведений - делается запись «неизвестно»;21 в пункте 14 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности; в пункте 15 «Смерть (мертворождение) произошла(о)» отмечается позиция, в которой указывается, где последовала смерть: в стационаре, дома, в другом месте или неизвестно; в пункте 16 «Пол» делается отметка: «мальчик» или «девочка»; в пункт 17 «Масса тела ребенка (плода) при рождении» вписывается масса тела в граммах, зарегистрированная при мертворождений или рождении ребенка. У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с которой она была измерена в граммах (например, 3253); пункт 18 «Длина тела ребенка (плода) при рождении» включает длину тела от макушки до пяток, измеренную в сантиметрах (например, 52); в пункте 19 «Мертворождение или живорождение произошло» делается отметка в первой позиции, если роды одноплодные, во второй и третьей позициях ставятся прочерки; в случае многоплодных родов в первой позиции ставится прочерк, заполняются позиции 2 и 3. Например, в случае рождения ребенка вторым из тройни следует в первой позиции поставить прочерк, во второй позиции записать «2» и в третьей позиции записать «3»; пункт 20 «Которым по счету

ребенок был рожден у матери» заполняется, считая умерших и не считая мертворожденных при предыдущих родах; в пункте 21 «Смерть ребенка (плода) произошла» делается отметка в одной из позиций: от заболевания, несчастного случая, убийства или род смерти не установлен; в пункте 22 «Лицо, принимавшее роды» указывается, кем были приняты роды: врачом, фельдшером (акушеркой) или другим лицом; в пункте 23 «Причины перинатальной смерти» делается запись как причин смерти плода или новорожденного, так и патологии со стороны материнского организма, оказавшего на него неблагоприятное воздействие. Запись причин перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) - д). В строках подпунктов а) и б) указываются болезни или патологические состояния мертворожденного или ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни. Причем одно, основное заболевание, записывается на строке подпункта а), остальные, если таковые имеются, на строке подпункта б). Под «основным» подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, внесло наибольший вклад в причину мертворождения или смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов суток жизни. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, недоношенность, характеризующие механизм смерти, не следует вписывать в строку подпункта а), если только они не были единственными известными состояниями ребенка, родившегося мертвым, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни. На строках подпунктов в) и г) следует записывать болезни или состояния матери, которые, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на ребенка, родившегося мертвым или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни. В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) нужно записывать на строке подпункта «в», а другие, если таковые имеются, на строке подпункта г). Строка подпункта д) предусмотрена для записи других обстоятельств,

которые способствовали смерти, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери, например: внешние причины при травмах и отравлениях, родоразрешение при отсутствии лица, принимающего роды, название операции или другого медицинского вмешательства с указанием даты, жестокое обращение с ребенком. На строках подпунктов а) и в) может быть записано только по одному заболеванию (состоянию) и соответственно по одному коду. На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны только по-русски и без сокращений. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на мертворожденного или живорожденного, умершего до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, рекомендуется сделать запись на строках подпунктов в) и г) - «неизвестно», «не установлено», а для кодирования используют искусственный код XXX.X на строке подпункта в). Кодирование причин перинатальной смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10. Каждое заболевание (состояние), записанное в строках подпунктов а), в) и д), следует кодировать отдельно. Основное заболевание (состояние) матери, оказавшее влияние на мертворожденного или живорожденного и умершего на первой неделе жизни ребенка, записанное на строке подпункта в), необходимо кодировать одной из рубрик P00-P04; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строке подпункта а). Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни ребенка, записанных на строке подпункта а), в большинстве случаев нужно использовать рубрики P05-P96 (Перинатальные состояния) или Q00-Q99 «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», но можно использовать любые другие рубрики, кроме P00-P04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери,

осложнениями беременности, родов и родоразрешения». Для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строках а) и в), используют один код. Для кодирования внешних причин при травмах и отравлениях используются коды XX класса МКБ-10, указывающиеся на строке подпункта д). Другие обстоятельства, записанные на этой строке, обычно не нуждаются в кодировании. В случае смерти от травм или отравлений проставляется три кода: первый - по характеру травмы мертворожденного или ребенка - на строке подпункта а), второй - код основного заболевания матери - на строке подпункта в) и третий - код внешней причины - на строке подпункта д). В актовую запись в органах ЗАГС вносят причины смерти, указанные в строках подпунктов а), в) и д), и коды, соответствующие этим причинам. При кодировании случаев мертворождения и смерти новорожденного необходимо учитывать следующее: «Смерть плода по неуточненной причине» кодируется P95; «Смерть новорожденного» кодируется P96.8; в случае «Смерти от неуточненного состояния, возникшего в перинатальном периоде», используют рубрику P96.9. Термин «Синдром внезапной смерти грудного ребенка» применяется только у детей в возрасте от 7 дней до 1 года, в связи с чем для кодирования случаев перинатальной смерти не применяется; При заполнении пункта в графе «Код по МКБ-10» должны указываться два кода: первый - основного заболевания мертворожденного или заболевания ребенка, приведшего его к смерти, второй - код основного заболевания матери, оказавшего поражающее влияние на новорожденного (или мертворожденного), в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10); в пункте 24 «Причины перинатальной смерти установлены» указывается: а) кем установлена причина мертворождения или смерти ребенка в 0-168 часов жизни - врачом, только удостоверившим смерть; врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды; врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка; врачом-патологоанатомом; судебно-медицинским экспертом; акушеркой или фельдшером; б) на основании чего

установлена причина перинатальной смерти - только осмотра трупа; записей в медицинской документации; собственного предшествовавшего наблюдения или вскрытия. Подпункт «осмотр трупа» рекомендуется использовать только в исключительных случаях, так как установить причину смерти только на основании внешнего осмотра трупа, как правило, невозможно; в пункте 25 указывается должность, фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись. Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом с указанием их фамилии, имени, отчества и заверяется круглой печатью; в пункте 26 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

***IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о перинатальной смерти***

27. В пунктах 1-11 корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

28. В пункте 12 Корешка указывается должность, фамилия, имя, отчество врача (фельдшер, акушерка), заполнившего Медицинское свидетельство и ставится его подпись.

29. В пункте 13 Корешка «Запись акта о мертворождении, смерти» указывают N актовой записи, дату, наименование органа ЗАГС и фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС, осуществившего регистрацию.

30. В пункте 14 Корешка указывается фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему) ребенку получателя Медицинского свидетельства (мать, отец, бабушка и др.). Здесь же указываются документ, удостоверяющий личность получателя

Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения и ставится подпись получателя.

31. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их заполнения в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями…»

Таким образом, учетная форма № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» необходима для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (ЗАГС) и для государственного статистического учета.

В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в клиническом диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация для указания первоначальной причины смерти в соответствии с МКБ-10 .

Международная статистическая Классификация Болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) в Российской Федерации МКБ-10 принята приказом Минздрава России от 27.05.97г. №170 как единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении.

МКБ используется для преобразования словесной формулировки клинических диагнозов болезней в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах и в разное время.

Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства

(далее – медицинская организация) и лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Медицинское свидетельство о смерти заполняется врачами.

Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий. Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

Медицинское свидетельство выдается с пометкой «окончательное», предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного». Медицинское свидетельство с отметкой «предварительное» выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного». В случае, если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство «взамен окончательного». При выдаче Медицинского свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

Медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» используются для статистической разработки причин смерти.

При заполнении Медицинского свидетельства указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО.

Медицинское свидетельство подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача.

Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях:

- в медицинской организации (лечащий врач, заведующий отделением);
- руководитель медицинской организации, либо уполномоченные им врачи, проводящие проверку в органах ЗАГС;
- на уровне субъекта (Дагестанстат).

Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности их заполнения. Контролирует представление в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация. В частности:

**«23. <u>Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.</u>**«___» _____ 20 ___ г. _____»

(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

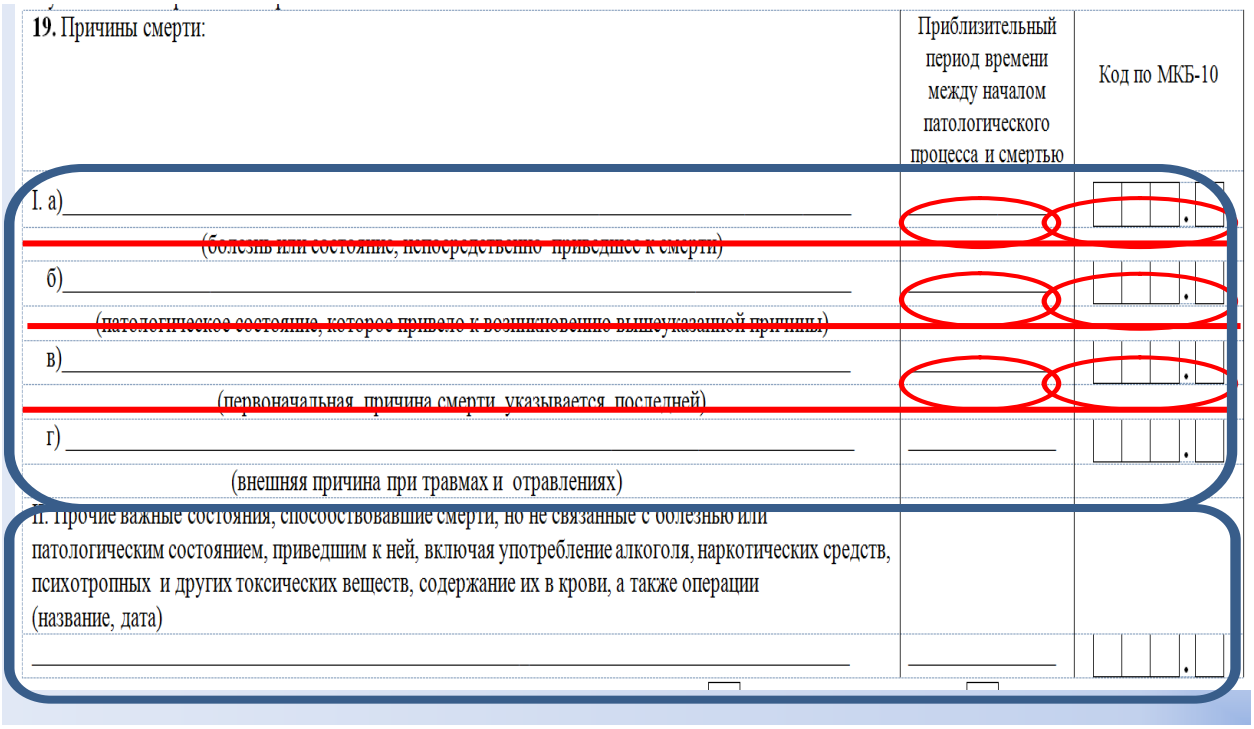
Заместитель руководителя по лечебной работе или врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, <u>в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства:</u>

а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;

б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и.т.д.

Заполнение Медицинского свидетельства производится вписанием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

Заполнению подлежат все пункты Медицинского свидетельства. В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно **ввиду отсутствия соответствующих сведений**, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.



| **19.** Причины смерти: | Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью | Код по МКБ-10 |
|---|---|---|
| I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) | | |
| б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины) | | |
| в) _____ (первоначальная причина смерти, указывается последней) | | |
| г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях) | | |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) | | |
| _____ | | |

в *Части I* свидетельства указывается только одна причина смерти запись производится в обратной последовательности к основному

заболеванию. Затем выбирается 1–2 осложнения, из которых составляют «логическую последовательность».

В каждом подпункте указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б), строки подпунктов а), б) и в).

Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы или отравления; Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания. Кодирование причин смерти производится с четверым знаком (например: А15.3, С34.5) за исключением некоторых кодов, в которых не предусмотрен четвертый знак. В соответствии с требованиями МКБ-10 в медицинское свидетельство в случае смерти от заболеваний проставляется один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений – два кода: один – по характеру травмы (отравления), второй – внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти.

*Часть II* пункта 19 включает прочие причины смерти – это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть).

В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах.

При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже.

Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Не рекомендуется включать в Медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния:

такие, как:

- сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших
- Старость, особенно в возрасте до 80 лет.

Необходимо помнить, что психические заболевания не могут быть основной причиной смерти.

При сочетании острых форм «Болезней системы кровообращения» с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, злокачественными новообразованиями первоначальной причиной смерти считаются эти заболевания.

В ряде случаев онкологическая патология может считаться сопутствующим заболеванием из-за отсутствия её влияния на патогенез основного заболевания.

Нельзя использовать для кодирования основной причиной смерти

I 24.0 – Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда

I 25.2 – Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда

I 26 – Легочная эмболия

I 46.9 – Остановка сердца неуточненная

I 46.1 – Внезапная сердечная смерть

I 50 – Сердечная недостаточность

I 51 – Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца

I 65 – Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

I 66 - Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

I 70 – атеросклероз (только если с указанием конкретных сосудов)

В пункте 15 обязательно указывается, где произошла смерть: от заболевания _1; *несчастного случая*: не связанного с производством_2, связанного с производством _3; убийства_4 ; самоубийства_5; *в ходе действий:* военных_6, террористических _7; род смерти не установлен *строка_8.* Данная строка только для кодов: R96-R99 – смерть по неустановленной причине, X58-X59, Y87.2, Y89.9 – воздействие факторов, не указанных в рубриках, Y33-Y34 – неуточненные повреждения.

Обязательно указывать Пункт 20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток _ 1 ,из них в течение 7 суток _ 2 .

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ**

# ПРИКАЗ

**от 2 мая 2012 г. № 441н**

## ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СПРАВОК И МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

В соответствии со статьей 78 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) приказываю:

Утвердить Порядок выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений согласно приложению.

**Министр Т.А. Голикова**

**Приложение**
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 2 мая 2012 г. № 441н

## ПОРЯДОК ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СПРАВОК И МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений.

2. Справки и медицинские заключения выдаются гражданам при их личном обращении за получением указанных документов в медицинскую организацию при предъявлении документа, удостоверяющего личность…

5. В случаях, предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", медицинские заключения выдаются без согласия гражданина или его законного представителя органам, организациям, суду,

имеющим право на получение сведений о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, которые составляют врачебную тайну.

6. В случае смерти гражданина медицинское заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу или близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию ...

12. Медицинские заключения выдаются гражданам по результатам проведенных медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, диспансеризации, решений, принятых врачебной комиссией, а также в иных случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается наличие медицинского заключения.

13. Медицинские заключения выдаются на основании медицинского обследования гражданина, в том числе комиссионного, и содержат комплексную оценку состояния здоровья гражданина, включая:

а) описание проведенного обследования и (или) лечения, их результатов;

б) оценку обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

в) обоснованные выводы: о наличии (отсутствии) у гражданина заболевания (состояния), факторов риска развития заболеваний; о наличии медицинских показаний или медицинских противопоказаний для применения методов медицинского обследования и (или) лечения, санаторно-курортного лечения, осуществления отдельных видов деятельности, учебы; о соответствии состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия

учащегося требованиям к обучению; о причине смерти и диагнозе заболевания, в том числе по результатам патолого- анатомического вскрытия…

14. Медицинские заключения оформляются в произвольной форме (за исключением случаев, предусмотренных пунктом 19 настоящего Порядка) с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписываются врачами-специалистами, участвующими в вынесении медицинского заключения, руководителем медицинской организации, заверяются личными печатями врачей-специалистов и печатью медицинской организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации. В случае вынесения медицинского заключения врачебной комиссией медицинской организации медицинское заключение также подписывается членами и руководителем врачебной комиссии…

16. Медицинские заключения должны быть выданы в срок, не превышающий 3 рабочих дней после окончания медицинских мероприятий, указанных в пункте 12 настоящего Порядка, за исключением медицинского заключения о причине смерти и диагнозе заболевания, которое должно быть выдано в день обращения лица, указанного в пункте 6 настоящего Порядка. …19. Настоящий Порядок не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлен иной порядок выдачи справки или медицинского заключения, либо иная форма справки или медицинского заключения»

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

от 23 июля 2015 г. N 13-2/10/1-2824

# О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ СВЕРОК С ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ЗАГС И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ

В соответствие с пунктом 7 Протокола совещания у Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева от 10 июня 2015 года N ДМ-П12-51пр Министерство здравоохранения разъясняет порядок взаимодействия с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти (далее - Свидетельство). На каждого умершего медицинскими организациями оформляется Медицинское свидетельство, на основании которого территориальными органами ЗАГС регистрируется факт смерти гражданина и родственникам умершего выдается Свидетельство о смерти. На основании Медицинских свидетельств о смерти территориальные органы ЗАГС ежемесячно формируют форму федерального статистического наблюдения N 1-У "Сведения об умерших" и передают деперсонифицированные сведения о числе умерших территориальному органу государственной статистики не позднее 7 дня следующего за отчетным месяца. Территориальные органы государственной статистики не позднее 24 числа следующего за отчетным месяца передают их в Федеральную службу государственной статистики (Росстат). Росстат формирует на основании сведений формы N 1-У государственную статистику смертности населения по Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 6 постановления Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2013 года N 1049 "Об утверждении Правил представления органами ЗАГС сведений о государственной регистрации рождения, смерти в Федеральную службу госстатистики" территориальные органы ЗАГС и территориальные органы госстатистики обязаны обеспечить

доступ органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к Медицинским свидетельствам о смерти для их проверки на предмет полноты записей и качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти. Проверка осуществляется в территориальных отделах (управлениях) ЗАГС с 1 по 7 число и в территориальных органах государственной статистики с 8 по 20 число каждого месяца. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения необходимо: в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 04.12.1996 N 398 назначить по субъекту Российской Федерации ответственного специалиста по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Медицинском свидетельстве о смерти (формы N 106/у, N 106-2/у-08); обеспечить представление в территориальные органы государственной статистики окончательные Медицинские свидетельства о смерти (формы N 106/у-08, N 106-2/у-08) не позднее 45 дней (за отчетный год - не позднее 20 февраля года, следующего за отчетным) со дня выдачи предварительных медицинских свидетельств или при изменении первоначальной причины смерти взамен окончательных, включая выданные судебно-медицинскими экспертными организациями, патологоанатомическими организациями (другими медицинскими организациями, имеющими право на выдачу Медицинских свидетельств о смерти), после окончания проведения экспертиз.

**Заместитель министра** **Т.В.ЯКОВЛЕВА**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приказ**

**от 6 июня 2013 г. N 354н**

**"О порядке проведения патологоанатомических вскрытий"**

В соответствии со **статьями 14**, **67** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446), приказываю:

1. Утвердить:

порядок проведения патолого-анатомических вскрытий согласно приложению N 1**;…**

**Министр В.И. Скворцова**

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 декабря 2013 г.
Регистрационный N 30612

**Приложение N 1**
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 6 июня 2013 г. N 354н

**Порядок проведения патологоанатомических вскрытий**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения патологоанатомических вскрытий в патологоанатомических бюро или патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии (далее - патологоанатомические бюро (отделения).

Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения, связанные с проведением судебно-медицинской экспертизы трупа, донорством органов и тканей человека и их трансплантацией (пересадкой), а также с передачей невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях.

2. Патологоанатомическое вскрытие проводится врачом-патологоанатомом в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

Патологоанатомическое вскрытие осуществляется путем посмертного патологоанатомического исследования внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов.

3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

1) подозрения на насильственную смерть;

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

6) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования***(1).**

4. Направление тел умерших, а также мертворожденных, на патологоанатомическое вскрытие, если отсутствуют обстоятельства, препятствующие проведению патологоанатомического вскрытия (**абзац первый пункта 3** настоящего Порядка), осуществляется после констатации биологической смерти человека медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном **Правилами** определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными **постановлением** Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 39, ст. 5289).

5. Направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия - дежурный врач.

6. В случае наступления смерти вне медицинской организации направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.

7. В случае наступления смерти в стационарных учреждениях социального обслуживания, образовательных организациях, в которых созданы условия для проживания обучающихся, и домах ребенка направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) указанных организаций либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих организаций.

8. Медицинский работник в случаях, предусмотренных **пунктами 5-7** настоящего Порядка, оформляет и подписывает направление на патологоанатомическое вскрытие в патологоанатомическое бюро (отделение), в котором указываются следующие сведения:

1) наименование организации, врач (фельдшер) которой осуществляет направление тела умершего в патологоанатомическое бюро (отделение);

2) фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода);

3) дата и время наступления смерти (мертворождения).

9. Для проведения патологоанатомического вскрытия вместе с телом умершего (мертворожденного, плода) в патологоанатомическое бюро (отделение) направляется медицинская документация умершего (мертворожденного, плода) - медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с **МКБ-Х*(2)** и посмертный эпикриз.

10. Патологоанатомические бюро (отделения), в которые осуществляется доставка тел умерших, определены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья на основании установленных законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья полномочиями***(3).**

11. При подозрении на наличие признаков особо опасных инфекционных болезней у умершего, мертворожденного или плода патологоанатомическое вскрытие осуществляется в изолированных помещениях патологоанатомического бюро (отделения), предназначенных для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

В случае если при проведении патологоанатомического вскрытия обнаружены признаки инфекционных болезней, информация об этом направляется медицинской организацией, в которой проводилось патологоанатомическое вскрытие, в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации заболевания умершего, мертворожденного или плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации***(4).**

12. При подозрении на наличие признаков насильственной смерти, признаков потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача тело умершего направляется на судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с **порядком** проведения судебно-медицинских экспертиз, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с **частью 2 статьи 62** Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"…

14. Патологоанатомическое вскрытие проводится в срок до трех суток после констатации биологической смерти человека…

16. При проведении патологоанатомического вскрытия гистологический, биохимический, микробиологический и другие необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния. Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется***(5).**

17. Перед началом проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом изучает медицинскую документацию, представленную для проведения патологоанатомического вскрытия, и, при необходимости, получает разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента.

18. На проведение патологоанатомического вскрытия пациента, умершего в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, приглашается его лечащий врач (врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог), фельдшер, акушерка или заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти…

25. Патологоанатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и сохранением максимально его анатомической формы. После проведения патологоанатомического вскрытия приведение

тела в достойный вид осуществляется путем ушивания секционных разрезов и омывания водой…

30. Не позднее тридцати суток после завершения проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом осуществляет окончательное оформление протокола патологоанатомического вскрытия, а также вносит в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка медицинскую карту амбулаторного пациента) патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз…

31. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патологоанатомического вскрытия отражается в учетной **форме N 106/у-08** "Медицинское свидетельство о смерти" или в учетной **форме N 106-2/у-08** "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", которые утверждены **приказом** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. N 782н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г., регистрационный N 13055), с изменениями, внесенными **приказом** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. N 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2012 г., регистрационный N 23490).

32. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию***(6).**

В случае, указанном в **абзаце 1** настоящего пункта, заключение о причине смерти и диагнозе заболевания оформляется выпиской из протокола патологоанатомического вскрытия…»

## Рекомендации
## по кодированию некоторых заболеваний из класса IX
## «Болезни системы кровообращения» МКБ-10

Международная статистическая классификация болезней (МКБ) является единым нормативным документом для формирования системы учета заболеваемости и смертности, а также средством для обеспечения достоверности и сопоставимости статистических данных в здравоохранении.

### Структура МКБ-10

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

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

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

Трехзначный код МКБ-10 называется трехзначной рубрикой, четвертый знак – четырехзначной подрубрикой. Замена в коде МКБ-10 цифры на букву увеличило число трехзначных рубрик с 999 до 2600, а четырехзначных – примерно с 10000 до 25000, что расширило возможности классификации.

МКБ-10 состоит их трех томов:

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

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно статистические (нозологические) формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;

- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;

- специальные перечни основных заболеваний (состояний) для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

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

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

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

**Класс** – это сгруппированный перечень болезней, имеющих общие признаки. Каждый класс содержит достаточное число рубрик для охвата всех известных заболеваний и состояний. Часть свободных кодов (без заболеваний) предназначена для использования при будущих пересмотрах.

Классы I – XVII включают заболевания и патологические состояния;

Класс XIX – травмы;

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

Класс XX – внешние причины заболеваемости и смертности.

В отличие от предыдущих пересмотров, МКБ-10 содержит 2 новых класса: XXI класс («Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»), предназначенный для классификации

данных, объясняющих причину обращения человека, не являющегося в данное время больным или разных обстоятельств получения медицинской помощи; а также XXII класс («Коды для специальных целей»).

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

Блоки в свою очередь состоят из трехзначных **рубрик**, которые представляют собой код, состоящий из 3-х знаков – буквы и 2-х цифр. Некоторые из трехзначных рубрик представляют только одно заболевание, отобранное в зависимости от частоты встречаемости или значимости для здравоохранения. Другие - для групп болезней.

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

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

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

Рубрики без четырехзначной подрубрики для машинной статистической обработки должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «Х» (использовать цифру «9» нельзя).

Четырехзначная подрубрика является своеобразным «знаком качества», так как позволяет в большинстве случаев выявлять неуточненные врачом диагнозы заболеваний. Этот знак помогает оценить качество диагностики, что имеет огромное значение для решения экономических вопросов в здравоохранении, повышения квалификации специалистов, оценки обеспеченности медицинской аппаратурой и техникой и т.д.

В первом томе используются различные понятия, описания, условные обозначения, на которые всегда необходимо обращать внимание при кодировании.

Это **специальные термины, двойное кодирование и условные обозначения**.

К **специальным терминам** относятся:

- включенные термины;
- исключенные термины;
- описания в виде глоссария.

**Двойное кодирование** некоторых состояний**:**

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

Некоторые диагностические формулировки имеют два кода. Главным из них является код основного заболевания, помеченный крестиком (†); факультативный дополнительный код, относящийся к проявлению болезни, помечен звездочкой (*). В официальной статистике используется только один код – с крестиком (†).Коды со звездочкой (*) даны как отдельные трехзначные рубрики с четырехзначными подрубриками и никогда не применяются как самостоятельные.

2. Другие виды двойного кодирования:

2.1.Для местных инфекций, вызванных другими уточненными возбудителями, могут использоваться **дополнительные коды B95-B97** для уточнения инфекционных агентов (например, B97.0 – Аденовирусы).

2.2.Для функционально активных новообразований из класса II могут использоваться для идентификации активности **дополнительные коды из класса IV** (например, E05.8, E07.0, E16-E31, E34.–).

2.3.Для определения типа опухоли к коду новообразования может добавляться **дополнительный морфологический код** (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 579 – 599) (например, M8003/3 Злокачественная опухоль гигантоклеточная).

2.4.Органические психически расстройства (F00 – F09) могут иметь **дополнительный код** для идентификации первоначального заболевания, вызвавшего психическое расстройство (например, G30.1 Поздняя болезнь Альцгеймера).

2.5.Если состояние является следствием воздействия токсического вещества, то используют **дополнительный код из класса XX** для идентификации этого вещества (например, Y49.4 Нейролептики).

2.6.При травмах и отравлениях применяют **двойное кодирование**: один код из класса XIX – код характера травмы, второй – код внешней причины (класс XX). В мировой статистике код внешней причины считается основным, а код характера травмы – дополнительным. В Российской Федерации при травмах и отравлениях используют оба кода как равнозначные. Данная методика не противоречит мировой статистике и позволяет подробно анализировать травмы (например, S02.0 Перелом свода черепа; V03.1 Пешеход, пострадавший при столкновении с легковым автомобилем, дорожный несчастный случай).

**Условные обозначения:**

- Круглые скобки ( )

- Квадратные скобки [ ]

- Двоеточие (:)

- Фигурные скобки «}»

- Аббревиатуры («БДУ» - без дополнительных уточнений, «НКДР» - не классифицированный в других рубриках)

- Союз «и» в названиях

- Точка тире «. – ».

В МКБ-10 имеются рубрики с общими признаками. К ним относятся:

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

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

Структура третьего тома МКБ-10 имеет свои особенности.

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

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

Кодовые номера, следующие за терминами, относятся к соответствующим рубрикам и подрубрикам. Если код трехзначный, то рубрика не имеет подрубрики. В большинстве случаев подрубрики имеют четвертый знак. Если вместо 4-го знака стоит тире, это означает, что необходимые подрубрики можно найти и уточнить в полном перечне (1-й том). К условным обозначениям третьего тома относятся «НКДР» (состояния, не классифицированные в других рубриках) и перекрестные ссылки.

**Алгоритм кодирования диагнозов**

Для присвоения кода той или иной формулировке диагноза используют специальный алгоритм кодирования:

- В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, нужно определить формулировку диагноза, подлежащую кодированию.

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

- Важно не забыть про двойное кодирование некоторых состояний (система символов со значками "†" и "*"). Шифры со значком "*" в официальной статистике не используются и применяются только для специальных целей.

В госпитальной статистике кодируется только основное заболевание (осложнения основного заболевания, фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни не кодируются). В амбулаторно-поликлинической статистике кроме основного заболевания кодируются все другие имеющиеся заболевания, кроме осложнений основной болезни. В случае смерти кодируются все записанные состояния, но в статистику включается только первоначальная причина смерти, которая иногда не совпадает с формулировкой заключительного клинического или патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза. Коды всех остальных состояний используются для анализа по множественным причинам.

**Принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости**

Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а так же записать сопутствующие заболевания.

Правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации помощи пациенту и является одним из ценных источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости и других проблемах, связанных с оказанием медицинской помощи.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы классифицировать состояние соответствующей рубрикой МКБ.

Если к концу эпизода медицинской помощи точный диагноз не был установлен, то следует регистрировать ту информацию, которая в

наибольшей степени позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование.

«Основное» состояние и «другие» состояния, относящиеся к данному эпизоду медицинской помощи, должен указывать лечащий врач, и кодирование в таких случаях не представляет трудностей, поскольку для кодирования и обработки данных следует взять обозначенное «основное» состояние.

Если у врача-статистика или медицинского статистика возникают сложности при проверке выбора и кодирования врачом «основного» состояния, то есть имеется медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным «основным» состоянием, его следует возвращать врачу для уточнения.

Если сделать это невозможно, применяют специальные правила, изложенные в томе 2 МКБ-10.

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизоду медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ для «основного» состояния.

**Принципы кодирования причин смерти**

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

Первоначальная причина смерти – это:

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

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

В случае смерти врачом или фельдшером оформляется Медицинское свидетельство о смерти (далее – Свидетельство). Заполнение Свидетельства производится по определенным правилам.

Пункт 19 раздела «Причины смерти» Свидетельства должен быть заполнен на основании первичной медицинской документации – «посмертного эпикриза», в заключительной части которого должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический, или патологоанатомический диагноз с осложнениями, фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями (письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.09 г. №14-6/10/2-178):

в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления;

заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины;

в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

Часть II пункта 19 включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть II пункта 19 Медицинского свидетельства.

Не рекомендуется включать в Свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

После заполнения всех необходимых строк пункта 19 Медицинского свидетельства о смерти необходимо присвоить код всем записанным состояниям и найти первоначальную причину смерти.

Если Свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке раздела I.

Если при заполнении свидетельства требования не соблюдены, то следует применить правила выбора и модификации, изложенные в томе 2 МКБ-10.

## Особенности заполнения медицинской документации и кодирования диагнозов

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

В связи с этим практике врача иногда возникают сложности в заполнении первичной медицинской документации, правильной постановке диагноза и кодировании различных заболеваний и состояний.

К основным видам учетной первичной медицинской документации поликлиники и стационара относятся:

«Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у-04);

«Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-12/у-04);

«Медицинская карта стационарного больного» (ф.003/у);

«Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02);

«Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08).

Основные виды отчетной медицинской документации:

форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»;

форма № 14 «Сведения о деятельности стационара».

В первичной медицинской документации диагноз должен быть записан полностью, без сокращений, аккуратным почерком.

При формулировании клинического диагноза его следует **рубрифицировать**, то есть разбить на разделы. Общепризнанными считаются следующие разделы:

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания, которые необходимо сгруппировать по степени тяжести;
3. фоновые и конкурирующие болезни;
4. сопутствующие заболевания.

Основным считается то заболевание (травма, отравление), которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов.

Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического диагноза, а служит только для его формализации.

Недопустимо в качестве диагноза применять названия классов, блоков и групп болезней («ишемические болезни сердца», «цереброваскулярные болезни», «общий атеросклероз» и т.д.). В качестве «основного» заболевания

должна фигурировать только **одна** конкретная нозологическая единица. Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни.

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

Кодирование заболеваний является обязанностью лечащего врача. Врач-статистик или медицинский статистик отвечает за контроль качества кодирования, он должен проверить правильность кодирования диагнозов врачом, а в случае несоответствия – исправить код; если к записанному состоянию невозможно подобрать код МКБ-10, учетный первичный статистический документ должен быть возвращен лечащему врачу для исправления.

Заполнение учетной и отчетной документации, а также кодирование некоторых заболеваний из класса IX «Болезни системы кровообращения» могут вызывать затруднения у врачей в их практической деятельности и имеют свои особенности.

**1.1. Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).**

«Острая ревматическая лихорадка» – острое заболевание, продолжительностью до 3-х месяцев. Исходы: выздоровление и переход в другое заболевание – хроническую ревматическую болезнь сердца.

**1.2. Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).**

**Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22)** – это острые формы ишемических болезней сердца. Если инфаркт миокарда диагностируется у больного первый раз в жизни, он кодируется как «острый инфаркт миокарда» (I21), все последующие инфаркты миокарда у одного и того же пациента кодируются как «повторный инфаркт миокарда», код I22.-, впервые выявленный. Продолжительность инфарктов миокарда определена МКБ-10 и составляет 4 недели, или 28 дней от начала заболевания. Инфаркт миокарда (острый или повторный), определяемый как основное состояние,

диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно) всегда регистрируется как острое впервые выявленное заболевание (со знаком +).

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

Повторный инфаркт миокарда задней стенки **I22.8**

Осложнения: кардиогенный шок

фибрилляция предсердий

отек легких

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и сердечной недостаточностью

Если пациент лечился амбулаторно или поступил в стационар с диагнозом острого или повторного инфаркта миокарда, то, в пределах данного эпизода оказания медицинской помощи, независимо от продолжительности госпитализации, регистрируют острый или повторный инфаркт миокарда.

В случае летального исхода, независимо от продолжительности госпитализации, также регистрируется острый или повторный инфаркт миокарда.

Снятие с учета производят после выписки из стационара в связи с постановкой на учет по другому заболеванию (постинфарктный кардиосклероз), или в связи со смертью.

**1.3. Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).**

**Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66)** включают следующие острые состояния:

I60 Субарахноидальное кровоизлияние

I61 Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I63 Инфаркт мозга

I64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт

I65-I66 Закупорка и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (в случаях летального исхода, коды этих диагнозов заменяют кодом I63.-).

Различают острые формы цереброваскулярных болезней продолжительностью до 30 дней (**приказ Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 513**) – рубрики I60-I66; хронические формы, классифицированы в рубрике I67. Последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69) используются только для регистрации летальных исходов.

Повторные острые формы цереброваскулярных болезней, определяемые как основные состояния, диагностированные в течение эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно, независимо от продолжительности госпитализации) всегда регистрируются как острые впервые выявленные заболевания (со знаком +).

Последствия цереброваскулярных болезней существуют в течение года и более с момента возникновения острой формы заболевания, включают в себя различные состояния, классифицированные в других рубриках (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 512).

В статистике заболеваемости не следует использовать рубрику последствий (I69), а необходимо указывать конкретные состояния, которые явились следствием острых форм цереброваскулярных болезней, например, энцефалопатия, паралич и т.д. (МКБ-10, т. 2, стр.115-116). При этом минимальный промежуток времени не установлен.

Согласно правилам МКБ, для регистрации летальных исходов рубрики I65-I66 не должны использоваться. В статистике летальности (смертности) в качестве первоначальной причины используются коды острых форм (рубрики I60-I64) и последствий цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий **I63.3**

Осложнения: отек мозга; правосторонний гемипарез; тотальная афазия.

Сопутствующие заболевания: Атеросклеротический кардиосклероз.

**Артериальная гипертензия.**

Если пациент лечился амбулаторно или поступил в стационар с диагнозом одной из острых форм цереброваскулярных болезней, то, в пределах данного эпизода оказания медицинской помощи, независимо от его продолжительности регистрируют острую форму цереброваскулярных болезней; если диагноз был поставлен позже 30 дней от начала заболевания, то регистрация производится по заключительному клиническому диагнозу – одной из хронических форм, классифицированных в рубрике I67 или состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не по последствиям цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

Снятие с учета производят после окончания эпизода оказания медицинской помощи и в связи с постановкой на учет по другой нозологической единице (хроническая форма, классифицированная в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств), или в связи со смертью.

**2. Отчетная форма №12** – для этой формы регистрация заболеваний осуществляется по территориальному принципу при оказании медицинской помощи в поликлинике по данным Талона (сведения для заполнения Талона содержатся в «Выписном эпикризе»).

**2.1. Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).**

2.1.1. До 3-х месяцев от начала заболевания «острая ревматическая лихорадка» регистрируется по соответствующей строке таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 как впервые выявленное заболевание (с +).

2.1.2. Так как «острая ревматическая лихорадка» хронической формы не имеет, то не она подлежит перерегистрации (данные строки по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 должны быть равны).

2.1.3. Диспансерному учету «острая ревматическая лихорадка» подлежит в течение 3-х месяцев (данные графы «состоит под диспансерным

наблюдением» таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 должны быть равны примерно 25% от числа впервые выявленных).

2.1.4. В случае выздоровления, если с точки зрения врача, необходимо дальнейшее наблюдение, то следует использовать коды класса XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (Z54 Состояние выздоровления; Z86.7 В личном анамнезе болезни системы кровообращения; Z91 В личном анамнезе наличие факторов риска). Сведения отражают в таблицах 1100, 2100, 3100 и 4100.

2.1.5. Если исходом «острой ревматической лихорадки» явилась хроническая ревматическая болезнь сердца, то регистрация хронической ревматической болезни сердца производится по одноименной строке, как впервые выявленное заболевание (другая нозологическая единица), а в дальнейшем перерегистрируется в установленном порядке (1 раз в год с –) в течение всего периода диспансерного наблюдения. При этом по строке «острая ревматическая лихорадка» пациента снимают с учета.

2.1.6. В случае смерти пациента от «острой ревматической лихорадки» (если пациент наблюдался в поликлинике или имеется соответствующая медицинская документация), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

**2.2. Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).**

**Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22)** – в соответствии с МКБ-10 регистрация инфаркта миокарда (острого или повторного) осуществляется до 28 дней со дня заболевания.

2.2.1. В пределах эпизода оказания медицинской помощи, если диагноз установлен до 28 дней от начала заболевания, то регистрируют острый или повторный инфаркт миокарда, независимо от продолжительности госпитализации;

2.2.2. Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 28 дня со дня начала заболевания, то регистрируют постинфактный кардиосклероз (I25.8). Если, в пределах 28 дней закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется постинфарктный кардиосклероз (код I25.8);

2.2.4. Так как острые заболевания перерегистрации не подлежат, то данные соответствующих строк по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 3000 и 4000 отчетной формы № 12 должны быть равны.

2.2.4. Острые и повторные инфаркты миокарда подлежат диспансерному наблюдению в течение 28 дней, в связи, с чем в графе «состоит под диспансерным наблюдением» таблиц 3000 и 4000 должны быть показаны только те инфаркты миокарда, которые были зарегистрированы в этот период для формы № 12, т.е. в декабре месяце отчетного года;

2.2.5. В случае смерти от острого или повторного инфаркта миокарда следует помнить, что не все случаи инфарктов миокарда кодируются I21-I22:

- при сочетании острого или повторного инфаркта миокарда со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а инфаркты миокарда – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 28 дней от начала возникновения инфаркта или в пределах эпизода оказания медицинской помощи;

- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острый или повторный инфаркт миокарда (коды I21-I22) в промежуток времени до 28 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если эпизод закончился позже 28 дней);

- если диагноз инфаркта миокарда был установлен после 28 дней от его возникновения, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8 (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 492);

- код I25.2 в качестве первоначальной причины смерти не применяется, данное состояние обозначает инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом и диагностированный по ЭКГ, в текущий период – бессимптомный. При наличии в первичной медицинской документации записи о перенесенном в прошлом инфаркте миокарда как единичном состоянии и отсутствии диагнозов других заболеваний, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8;

- коды I23 и I24.0 в качестве первоначальной причины смерти также не применяются, необходимо использовать коды I21-I22 (МКБ-10, т. 2, стр. 61);

- при сочетании инфаркта миокарда (острого или повторного) с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, приоритет при выборе первоначальной причины смерти всегда отдается инфаркту миокарда (МКБ-10, т. 2, стр. 59-61).

2.2.6. В случае смерти пациента от «острого или повторного инфаркта миокарда» (по первоначальной или непосредственной причине смерти), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

**Пример 1:**

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) кардиогенный шок** болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **2 час.** | **R** | **5** | **7** | **.** | **0** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| б) фибрилляция предсердий<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | 3 час. | I 4 8 . X |
| в) Повторный инфаркт миокарда задней стенки<br>первоначальная причина смерти указывается последней | 2 суток | I 2 1 . 2 |
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>Постинфарктный кардиосклероз<br>Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью | 5 лет<br>12 лет | I 25.8<br>I 11.0 |

**Пример 2:**

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) кардиогенный шок<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | 45 мин. | R 5 7 . 0 |
| б) острый инфаркт миокарда передней стенки<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | 4 час. | I 2 1 . 0 |
| в) Рак нижней доли правого легкого<br>первоначальная причина смерти указывается последней | 1,5 года | C 3 4 . 3 |

| | | |
|---|---|---|
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>Сахарный диабет II типа с почечными осложнениями. | 7 лет | E 11.2 |

**2.3. Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).**

**Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66)** – регистрация острых форм цереброваскулярных болезней осуществляется при лечении в поликлинике, если эпизод начался не позднее 30 дня со дня заболевания.

2.3.1. В пределах эпизода оказания медицинской помощи, если диагноз установлен до 30 дней от начала заболевания, то регистрируют острые формы цереброваскулярных болезней, независимо от продолжительности эпизода или госпитализации;

2.3.2. Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 30 дня, то регистрируют хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств;

2.3.3. Если, в пределах 30 дней закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируют хроническую форму, классифицированную в рубрике I67 или одно из состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств;

2.3.4. Если эпизод начался позже 30 дней, то регистрируют хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69); при этом впервые выявленные заболевания регистрируются со знаком «+», а в дальнейшем 1 раз в год со знаком «–» в установленном порядке;

2.3.5. Так как острые формы цереброваскулярных болезней перерегистрации не подлежат, то данные соответствующих строк по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 3000 и 4000 должны быть равны.

2.3.6. Острые формы цереброваскулярных болезней подлежат диспансерному наблюдению в течение всего эпизода оказания медицинской помощи. Если в течение одного года у одного и того же пациента было выявлено несколько острых форм, то все они регистрируются как острые формы со знаком «+»;

2.3.7. В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней следует помнить, что не все эти случаи кодируются I60-I64:

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а острые формы цереброваскулярных болезней – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 30 дней от начала возникновения заболевания или в пределах эпизода оказания медицинской помощи;

- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острые формы цереброваскулярных болезней (коды I60-I64) в промежуток времени до 30 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если он закончился позже);

- если диагноз установлен после 30 дней от возникновения заболевания, первоначальной причиной смерти следует считать хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69);

- коды I65 и I66 в качестве первоначальной причины смерти не применяются, необходимо использовать коды I63 (МКБ-10, т. 2, стр. 62);

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с эссенциальной гипертензией, приоритет при выборе первоначальной причины смерти всегда отдается острым формам цереброваскулярных болезней (МКБ-10, т. 2, стр. 59).

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с другими болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, выбор первоначальной причины смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10;

2.3.8. В случае смерти пациента от острых форм цереброваскулярных болезней (по первоначальной или непосредственной причине смерти), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

**Пример 3:**

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I а) отек мозга_____<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | 1 час | G | 9 | 3 | . | 6 |
| б) Внутримозговое кровоизлияние_____<br>внутрижелудочковое_____<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | 2 дня | I | 6 | 1 | . | 5 |
| в)_____<br>первоначальная причина смерти указывается последней | | | | | | |
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>Атеросклеротический кардиосклероз<br>Артериальная гипертензия | 15 лет<br>1 год | I 25.1<br>I 10.X |

**Пример 4:**

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) инфаркт мозга, вызванный тромбозом _____ мозговых артерий _____<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | 6 час. | I 6 3 . 3 |
| б) нефропатия при сахарном диабете I типа_____<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | 2 года | E 1 0 . 2 |
| в) _Инсулинзависимый сахарный диабет _____ с множественными осложнениями _____<br>первоначальная причина смерти указывается последней | 5 лет | E 1 0 . 7 |
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>Хронический обструктивный бронхит<br>Атеросклеротический кардиосклероз | 10 лет<br>20 лет | J 44.8<br>I 25.1 |

**3. Учетная форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара»** - основной первичный учетный документ стационара. При выписке пациента в форме указывают заключительный клинический диагноз основного заболевания с осложнениями, а также имеющиеся фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни. При этом кодируется только один заключительный клинический диагноз, этот код используется для составления отчетной формы №14.

В случае смерти пациента и проведении патологоанатомического вскрытия указывают также патологоанатомический диагноз, сформулированный в соответствии с установленными требованиями, и код только основного заболевания. В форме № 066/у-02 указывается первоначальная причина смерти (п. 30), выбранная по правилам МКБ-10, и ее код (см. МКБ-10, т.2, стр. 33-98).

Если вскрытие произведено не было, то заполняют только разделы: «заключительный клинический диагноз» и «первоначальная причина смерти» с соответствующими кодами. В случае смерти в отчетную форму № 14 включается только код первоначальной причины смерти.

«Статистическая карта выбывшего из стационара» остается в учреждении здравоохранения, а «выписной эпикриз» передается в

поликлинику по месту жительства пациента (через оргметодотдел), где все указанные в диагнозах заболевания регистрируют в отчетной форме №12.

**4. Отчетная форма №14 «Сведения о деятельности стационара»**

4.1. **Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).**

4.1.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по кодам заключительного клинического диагноза – различных форм «острой ревматической лихорадки», если стационарное лечения началось в срок до 3-х месяцев от начала заболевания;

4.1.2. Если госпитализация началась позже 3-х месяцев от начала заболевания, то в случае выздоровления, используют коды класса XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (Z54 Состояние выздоровления; Z86.7 В личном анамнезе болезни системы кровообращения; Z91 В личном анамнезе наличие факторов риска). Сведения о данной госпитализации включают в строки «Факторы, влияющие на состояние здоровья» таблицы 2000 (разделы А и Б);

4.1.3. Если госпитализация началась позже 3-х месяцев от начала заболевания, и заболевание перешло в «хроническую ревматическую болезнь сердца», используют коды блока I05-I09 класса IX Болезни системы кровообращения. Сведения о данной госпитализации включают в одноименные строки таблицы 2000 (разделы А и Б);

4.1.4. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется хроническая ревматическая болезнь сердца и, в случае смерти, данные о заболевании включают в строки, соответствующие хронической ревматической болезни сердца по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острой ревматической лихорадки по графам 8-10;

4.1.5. В случае смерти пациента в стационаре от «острой ревматической лихорадки», код первоначальной причины смерти включают в

соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б). Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н.

4.2. **Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).**

Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22):

4.2.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по заключительному клиническому диагнозу – «острый или повторный инфаркт миокарда», если стационарное лечение началось в срок до 28 дней от начала заболевания;

4.2.2. Если госпитализация началась позже 28 дней от начала заболевания, то данные нозологические единицы кодируют I25.8 и включают в таблицу 2000 в строки «постинфарктный кардиосклероз»;

4.2.3. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется постинфарктный кардиосклероз (код I25.8), и, в случае смерти, данные о заболевании включают в строки, соответствующие постинфарктному кардиосклерозу по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острого или повторного инфаркта миокарда по графам 8-10;

4.2.4. При выписке из стационара, независимо от того, кем был направлен больной, «выписной эпикриз» передают в поликлинику по месту жительства пациента, где заболевание регистрируют в форме №12.

4.2.5. В случае смерти пациента от острого или повторного инфаркта миокарда в стационаре следует руководствоваться правилами, изложенными в п.п. 2.2.5. и 2.2.6.

4.2.6. В случае смерти пациента от острого или повторного инфаркта миокарда в стационаре код первоначальной причины смерти включают в соответствующие строки таблицы 2000. Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-08,

утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н (см. примеры 1, 2).

4.3. **Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).**

Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66):

4.3.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по заключительному клиническому диагнозу – острым формам цереброваскулярных болезней, если стационарное лечение началось до 30 дней от начала заболевания;

4.3.2. Если госпитализация началась позже 30 дней от начала заболевания, то данные нозологические единицы включают в таблицу 2000 (разделы А и Б) в строки хронических форм цереброваскулярных болезней (код I67);

4.3.3. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируют хроническую форму цереброваскулярных болезней, классифицированную в рубрике I67 или одно из состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, и, в случае смерти, - данные о заболевании включают в строки, соответствующие одной из хронических форм по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острых форм цереброваскулярных болезней по графам 8-10;

4.3.4. При выписке из стационара, независимо от того, кем был направлен больной, «выписной эпикриз» передают в поликлинику по месту жительства пациента, где заболевание регистрируют в форме №12.

4.3.5. В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней в стационаре следует руководствоваться правилами, изложенными в п.п. 2.3.7. и 2.3.8.

4.3.6. В случае смерти пациента от какой-либо из острых форм цереброваскулярных болезней в стационаре, код первоначальной причины смерти включают в соответствующие строки таблицы 2000. Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-

08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н (см. примеры 3, 4).

**Повышение качества статистического учета и обеспечение достоверности статистических данных.**

После составления отчетов по форме № 12 и форме № 14 для обеспечения полноты и достоверности предоставленной статистической информации необходимо провести сопоставление данных, полученных в этих формах.

По данным проведенного анализа можно делать вывод о наличии преемственности между поликлиникой и стационаром в больничном учреждении.

При этом необходимо учитывать, что число лиц с острыми и повторными инфарктами миокарда и острыми формами цереброваскулярных болезней, как правило, в форме № 12 должно быть больше или равно числу лиц, показанных в форме № 14. Превышение количества лиц в форме № 14 над лицами, показанными в форме № 12, может быть только в случае госпитализации лиц с вышеуказанными нозологическими единицами, не проживающими на территории обслуживания учреждения здравоохранения.

Превышение числа лиц, зарегистрированных в форме № 12 над числом лиц, прошедших стационарное лечение, показывает какая доля пациентов с вышеуказанными заболеваниями лечилась амбулаторно.

В случаях внебольничных смертей пациентов от острых или повторных инфарктов миокарда и от острых форм цереброваскулярных болезней врачом терапевтом участковым должен быть оформлен посмертный эпикриз, записан заключительный диагноз в соответствии с установленными требованиями.

Если пациент наблюдался и первоначальная причина смерти известна, врач терапевт участковый на основании записей в медицинской документации выдает Свидетельство. Во всех остальных случаях, когда причину смерти установить нельзя, выдается направление на

патологоанатомическое, или судебно-медицинское вскрытие (Приказ Минздравмедпрома РФ от 29 апреля 1994 г. № 82 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий").

Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов должны обязательно разбираться на врачебных конференциях.

Таким образом, соблюдение всех правил заполнения первичной медицинской документации, кодирования диагнозов, а, в случае смерти – выбора первоначальной причины смерти, позволит повысить достоверность статистической информации, что важно для проведения анализа состояния здоровья населения и проведения мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от управляемых причин.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**от 23 июля 2015 г. N 13-2/10/1-2824**

# О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ СВЕРОК С ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ЗАГС И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ

В соответствие с пунктом 7 Протокола совещания у Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева от 10 июня 2015 года N ДМ-П12-51пр Министерство здравоохранения разъясняет порядок взаимодействия с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти (далее - Свидетельство). На каждого умершего медицинскими организациями оформляется Медицинское свидетельство, на основании которого территориальными органами ЗАГС регистрируется факт смерти гражданина и родственникам умершего выдается Свидетельство о смерти. На основании Медицинских свидетельств о смерти территориальные органы ЗАГС ежемесячно формируют форму федерального статистического наблюдения N1-У "Сведения об умерших" и передают деперсонифицированные сведения о числе умерших территориальному органу государственной статистики не позднее 7 дня следующего за отчетным месяца. Территориальные органы государственной статистики не позднее 24 числа следующего за отчетным месяца передают их в Федеральную службу государственной статистики (Росстат). Росстат формирует на основании сведений формы N 1-У государственную статистику смертности населения по Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 6 постановления Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2013 года N 1049 "Об утверждении Правил представления органами ЗАГС сведений о государственной регистрации рождения, смерти в Федеральную службу госстатистики" территориальные

органы ЗАГС и территориальные органы госстатистики обязаны обеспечить доступ органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к Медицинским свидетельствам о смерти для их проверки на предмет полноты записей и качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти. Проверка осуществляется в территориальных отделах (управлениях) ЗАГС с 1 по 7 число и в территориальных органах государственной статистики с 8 по 20 число каждого месяца. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения необходимо: в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 04.12.1996 N 398 назначить по субъекту Российской Федерации ответственного специалиста по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Медицинском свидетельстве о смерти (формы N 106/у, N 106-2/у-08); обеспечить представление в территориальные органы государственной статистики окончательные Медицинские свидетельства о смерти (формы N 106/у-08, N 106-2/у-08) не позднее 45 дней (за отчетный год - не позднее 20 февраля года, следующего за отчетным) со дня выдачи предварительных медицинских свидетельств или при изменении первоначальной причины смерти взамен окончательных, включая выданные судебно-медицинскими экспертными организациями, патологоанатомическими организациями (другими медицинскими организациями, имеющими право на выдачу Медицинских свидетельств о смерти), после окончания проведения экспертиз.

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА Т.В.ЯКОВЛЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# ИНФОРМАЦИОННО - МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) В ПРАКТИКЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Какорина Е.П.с соавт.**

## 1. КОДИРОВАНИЕ ПРИЧИН СМЕРТИ

### 1.1. Основополагающие принципы

Статистика причин смерти является одним из основных источников медицинской информации, позволяющей получить наиболее надежные данные о здоровье населения. По решению Всемирной Организации Здравоохранения, 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 симптомов и явлений, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), например, таких как сердечная или дыхательная недостаточность, интоксикация, полиорганная недостаточность и т.д.

**Статистика причин смерти основана** на концепции первоначальной причины, т.е. на выборе болезни или травмы, которая вызвала цепь болезненных процессов, приведших к смерти, а также регистрации обстоятельств несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Это продиктовано тем, что с точки зрения предотвращения смерти, наиболее эффективной мерой является какое-либо

воздействие на первоначальную причину, чтобы, оказав необходимую помощь, помешать ей проявить свое действие и прервать цепь болезненных процессов, приводящих к смерти.

Медицинский работник, заполняющий свидетельство о смерти, обязан на основании имеющихся в его распоряжении результатов вскрытия (если оно было произведено) и истории болезни умершего 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 1 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 1 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.

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 П-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.

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.

*ПРИМЕР 1:*

В пульмонологическое отделение поступила больная 61 года в состоянии астматического статуса. Страдает экзогенной астмой, вызванной контактом с красителями, что и явилось причиной развития астматического статуса. Кроме того, диагностированы гипертензивная (гипертоническая) болезнь с застойной сердечной недостаточностью. Бронхопневмония. В анамнезе хронический холецистит.

Несмотря на проводимую терапию, купировать астматическое состояние не удалось. У больной возникла тотальная обструкция бронхов, дыхательная недостаточность, кома.

*Медицинское свидетельство о смерти заполнено правильно:*

I. а) Кома.

б) Астматический статус с тотальной обструкцией бронхов.

в)

г)

II. Гипертензивная болезнь с застойной сердечной недостаточностью.

Код первоначальной причины смерти - **J46.0**

*Медицинское свидетельство о смерти заполнено неправильно:*

I. а) Кома.

б) Гипертензивная болезнь. Застойная сердечная недостаточность. Бронхопневмония.

в) Астматический статус. Обструкция бронхов.

г)

II. Хронический холецистит.

При втором, неправильном варианте заполнения свидетельства о смерти нельзя применить общий принцип выбора первоначальной причины смерти, поскольку состояние, записанное на строке "в" не могло привести к развитию состояний, указанных на строке "б", и для кодирования может быть ошибочно использован код I11.0.

Вмешательство статистика возможно лишь в том случае, если он считает, что состояние, отобранное врачом для статистического учета причины смерти, может быть идентифицировано другим кодом, более полно отражающим весь клинический диагноз. Например, в МКБ-10 можно отыскать рубрики, которые идентифицируют сочетание ряда состояний, указанных в свидетельстве в качестве причин смерти. Таким единым кодом (для двух и более состояний) отдается предпочтение.

*ПРИМЕР 2.*

I. а) Непроходимость кишечника.

б)Бедренная грыжа.

в)

Кодируют бедренную грыжу с непроходимостью - К41.3.

*ПРИМЕР 3.*

I. а) Бронхопневмония.

б) Эмфизема легких.

в) Хронический бронхит.

Кодируется хронический обструктивный бронхит - J44.8.

*ПРИМЕР 4.*

I. а) Застойная сердечная недостаточность.

б) Дилатация желудочков сердца.

в) Гипертензивная болезнь. Нефросклероз.

II. Хронический панкреатит в стадии ремиссии.

Кодируют гипертензивную болезнь с преимущественным поражением сердца и почек -I13.0.

Медицинское свидетельство о смерти должно заполняться только после оформления заключительного клинического или патологоанатомического диагнозов, построение которых однотипно и включает в себя:

1) Основное заболевание (простое или комбинированное),

2) Осложнения основного заболевания (все осложнения, включая непосредственную причину смерти - смертельное осложнение),

3) Сопутствующие заболевания.

Основное заболевание обычно является первоначальной причиной смерти. В тех случаях, когда оно представлено одной нозологической единицей (простое основное заболевание), именно оно указывается на нижней заполненной строке I-ой части медицинского свидетельства о смерти. На строках выше указываются осложнения, одно из которых, записанное на строке а), явилось непосредственной причиной смерти.

В часть II-ю свидетельства вносятся другие нозологические единицы при комбинированном основном заболевании или важнейшие сопутствующие заболевания (при их наличии).

*ПРИМЕР 5.*

Заключительный клинический (или патологоанатомический диагноз):

*Основное заболевание:* Сахарный диабет, тип II, декомпенсированный. Влажная гангрена *правой стопы.* Осложнения: *сепсис.*

Сопутствующие заболевания: Хронический двусторонний калькулезный пиелонефрит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Сепсис.

б) Гангрена правой стопы.

в) Сахарный диабет, тип II. - E11.5

II. Калькулезный пиелонефрит.

Наибольшее число ошибок при заполнении медицинского свидетельства о смерти приходится на случаи, когда основное заболевание представлено комбинацией нозологических единиц: - конкурирующими заболеваниями,

- сочетанными заболеваниями,
- основным и фоновым заболеваниями.

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 по п.п. 1) и 2), предпочтение отдается той, которая выставлена первой в клиническом или патологоанатомическом 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 6.* Конкурирующие заболевания

*Основное (комбинированное) заболевание:* 1)Острый трансмуральный

инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка (дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. 2)Ишемический инфаркт лобной доли головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга.

*Осложнения:* Нарушение кровообращения Шст. (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.

в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передне-боковой 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* 7. Сочетанные заболевания.

*Основное (комбинированное) заболевание:*

I. Повторный трансмуральный нижнебоковой инфаркт миокарда (дата). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. *Фоновое заболевание*: Сахарный диабет II типа.

II. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения: пенетрирующая язва

в области передней стенки пилорического отдела желудка.

*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.

в) Повторный нижнебоковой инфаркт миокарда — I22.1.

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

*ПРИМЕР 8.* 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 Шст. Хроническая почечная недостаточность.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз коронарных артерий.

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Бронхопневмония

б) Остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния I69.1

в)

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

### 1.2. 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 9:*

I. а) Дегенерация (дистрофия) миокарда.

б) Старость.

Кодируют старческую дегенерацию (дистрофию) миокарда I51.5. 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

остром нефритическом синдроме - кодируют NOO-

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(]42) с упоминанием о: эмфиземе - кодируют J44.- другой хронической обструктивной болезни легких - кодируют J44.- Пневмокониоз (]60-]64) 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. Предусмотрены следующие рубрики классификации "Последствий...": B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 и Y85-Y89.

Если в свидетельстве о смерти состояние, отобранное 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 тканей, классифицированные в рубриках C46.- или C81-C96, 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 A00-B19, B25-B49, B58- B64, B99 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-I5) 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; I33-I38) за исключением эмболии мозговых сосудов в рубриках I65-I66 или внутричерепного кровоизлияния (I60-I62).

*ПРИМЕР 10:*

I. а) Инфаркт мозга.

б) Тромбоэмболия средней мозговой артерии.

в) 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 системы 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

144. - Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса]

145. - Другие нарушения проводимости

146. - Остановка сердца

147. - Пароксизмальная тахикардия

148. - Фибрилляция и трепетание предсердий

149. - Другие нарушения сердечного ритма

150. - Сердечная недостаточность

I51.8. - Другие неточно обозначенные болезни сердца

I60-I68. - Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подрубрикам 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:

T 36 - T50, T80 - T88, X40 - X49, Y40 - Y84

**2. 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 SOO, S10, S20, S30,S40, S50, S60, S70, S80, S90, TOO, T09.0, T11.0) или ожоги I-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 2

Кодирование причин смерти от онкологических заболеваний (не рассматривается в этих рекомендациях) производится в соответствии с методическими рекомендациями «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями» (Москва 2001).

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”- К70.-) 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 является 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 11:*

I. а) Отек головного мозга.

б) Уремия.

в) Гипертензивная болезнь сердечно-почечная — I13.2 .

II. Атеросклероз аорты.

*ПРИМЕР 12:*

*Основной диагноз:* Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне вертебро- базилярной артерии.

*Фоновое заболевание:* Гипертензивная болезнь.

*Осложнения:* Нарушение кровообращения ПБ, 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

в)

II. Гипертензивная болезнь сердечно -почечная (П3.2- 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 порезультатам проведенного бактериологического (бактериоскопического) исследования, в соответствии с кодом МКБ-10, предусмотренным для выявленного возбудителя.

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

*ПРИМЕР 13:*

*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.

в)

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 14:*

*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

в)

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 15:*

*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

в)

II. Срок беременности 40 недель. Роды (дата).

Двусторонний хронический пиелонефрит.

Рубрика O08.-" Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью" не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Используют рубрики O00-O07.

*ПРИМЕР 16:*

*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. а) Инфекционно-токсический шок.

б) Криминальный неполный аборт, осложнившийся септицемией – 005.0

в)

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 17:*

Медицинское свидетельство о смерти:

I. а) Раковая интоксикация, осложнившая течение беременности.

б) Рак яичников.

в)

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). Такие 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 18:*

*Основное заболевание: Н*есовместимость 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

в)

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 19:*

*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.

в) Перелом основания черепа.- S02.1

г) Наезд автобуса на пешехода на шоссе.- V04.1

II. Перелом диафиза левого бедра. Множественные ушибы грудной клетки. В свидетельстве о смерти проставляются оба кода.

## 3.ПРАВИЛА КОДИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти включает 5 разделов для записи причин смерти, обозначенных буквами от "а" до "д". В строки "а" и "б" следует вносить болезни или патологические состояния новорожденного или плода, причем одну, наиболее важную, записывают в

строке "а", а остальные, если таковые имеются, - в строке "б". Под "наиболее важным" подразумевается патологическое состояние, которое, по мнению лица, заполняющего свидетельство, внесло наибольший вклад в смерть ребенка или плода. В строках "в" и "г" должны быть записаны все болезни или состояния матери, которые, по мнению заполняющего документ, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на новорожденного или плод. И в этом случае наиболее важное из этих состояний должно записываться в строке "в", а другие, если таковые имеются, в строке "г". Строка "д" предусмотрена для записи других обстоятельств, которые способствовали летальному исходу, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние ребенка или матери, например родоразрешение в отсутствие лица, принимающего роды.

Каждое состояние, записанное в строках "а", "б", "в" и "г", следует кодировать отдельно. Состояния матери, оказывающие влияние на новорожденного или плод, записанные в строках "в" и "г", необходимо кодировать только рубриками Р00-Р04. Недопустимо их кодировать рубриками 15-го класса.

Состояния плода или новорожденного, записанные в пункте (а), можно кодировать любыми рубриками, кроме рубрик РОО-РО4, однако в большинстве случаев нужно использовать рубрики РО5-Р96 (Перинатальные состояния) или QOO-Q99 (Врожденные аномалии).

*ПРИМЕР 20:*

Первобеременная 26 лет. Беременность протекала с бессимптомной бактериурией. Других нарушений здоровья не отмечалось. На 34-ой неделе беременности диагностирована задержка развития плода. Путем кесарева сечения извлечен живой мальчик весом 1600г. Плацента весом 300г. охарактеризована как инфарктная. У ребенка диагностирован респираторный дистресс- синдром. Смерть ребенка на 3-й день. При вскрытии обнаружены обширные легочные гиалиновые мембраны и массивное внутрижелудочковое кровоизлияние, расцененное как нетравматическое.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) Внутрижелудочковое кровоизлияние вследствие гипоксии 2-ой степени - P52.1

б) Респираторный дистресс-синдром P22.0

в) Недостаточность плаценты - P02.2

г) Бактериурия при беременности P00.1

д) Роды путем кесарева сечения на 34-й неделе беременности

Если ни в строке "а", ни в строке "б" нет записей о причинах смерти, то необходимо использовать рубрику P95 (Смерть плода по неуточненной причине) для мертворожденных или подрубрику P96.9 (Состояние, возникающее в перинатальный период, неуточненное) для случаев ранней неонатальной смерти.

Если записи нет ни в строке "в", ни в строке "г", необходимо в строке "в" проставлять какой-либо искусственный код (например, xxx), чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

Рубрики P07.- (Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и низкой массой тела при рождении НКДР) и P08.- (Расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела при рождении) не используются, если указана какая-либо другая причина смерти в перинатальном периоде.

**Неуточненные причины смерти российского населения от инфекционных и неинфекционных заболеваний по данным официальной статистики**

**Т.П. Сабгайда, Е.М. Секриеру, С.Ю. Никитина**

***(Журнал "Социальные аспекты здоровья населения" №4 2012,***

***адрес:*** **http://vestnik.mednet.ru/content/view/416/30/lang,ru/)**

Для оценки реальной демографической ситуации требуется достоверная информация о причинах смерти населения. По статистике смертности можно судить о качестве диагностики и лечения заболеваний, послуживших причинами смерти. Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая указывается в «Медицинском свидетельстве о смерти» (учетная форма № 106/у-08). Порядок и правила заполнения этого свидетельства регламентируются приказами, рекомендациями, а также рядом методических документов, в том числе – по отдельным классам заболеваний. Однако неудовлетворительное качество статистических данных о смертности является проблемой, значимой для российского здравоохранения. Излишне частые погрешности оформления медицинского свидетельства, неточности в выборе кодов первоначальной причины смерти ведут к искажению структуры смертности, а, следовательно, и к искажению статистических данных об умерших.

После перехода на кодирование причин смерти в соответствии с МКБ-10 неудовлетворительное качество кодирования в ряде случаев объяснялось несовпадением формулировок диагнозов, принятых в отечественной медицине, и используемых в подрубриках МКБ-X[5], отсутствием подробных инструкций о порядке заполнения медицинских свидетельств о смерти, ошибками в выборе первоначальной причины смерти, а также небрежным и безответственным отношением к заполнению учетных форм. Было показано, что количество ошибок гораздо больше для гипертензивной болезни, нарушений мозгового кровообращения, ишемических болезней сердца,

болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения и относительно меньше для новообразований. При этом, сопоставление точности врачебной регистрации причин смерти умерших от злокачественных новообразований в медицинском свидетельстве о смерти с первичной медицинской документацией выявило ошибки в регистрации причин смерти более чем в десятой части случаев.

В практике регистрации причин смерти в нашей стране специфичность далеко не всегда является критерием выбора диагноза для регистрации первоначальной причины смерти. При статистических разработках смертности используются четырехзначные подрубрики МКБ-Х кодов причин смерти, знак «.9» в четвертой позиции кода чаще всего обозначает «неуточненное состояние». Кроме того, ряд подрубрик с другими окончаниями и ряд трехзначных рубрик также обозначают «неуточненное состояние». Использование большого количества таких рубрик и подрубрик при кодировании говорит о недостаточной прижизненной и посмертной диагностике заболеваний[9]. Так, детальный анализ исходной информации, содержащейся в медицинских свидетельствах о смерти в ДТП, показал, что доля неуточненных данных о причинах смерти превышает 40%. Анализ медицинской документации об умерших от болезней системы кровообращения выявил наличие ошибочных стереотипов заполнения медицинского свидетельства о смерти (прослежена тенденция к установлению в качестве основной причины смерти ”малоспецифичных” терминов ”ИБС” и ”ЦВБ”), при этом в пятой части случаев установления причины смерти использовался термин ”неуточненный диагноз” без последующего проведения патологоанатомического или судебно-медицинского исследования[11]. В другом исследовании на основе анализа медицинских свидетельств о смерти показано, что более 40% причин смерти от болезней системы кровообращения кодируются как не уточненные, при этом, не только фельдшеры, но и патологоанатомы излишне часто используют подрубрики с четвертым знаком ”.9”.

Долгая практика низкого качества кодирования причин смерти привела к искажению данных статистики, к неправильной оценке ситуации о состоянии здоровья российского населения. Поэтому усиление внимания к проблеме качества медицинской статистики в последние годы вполне оправдано. Предполагается, что действующие с 2008 года рекомендации по порядку выдачи и заполнения Медицинского свидетельства о смерти[13] привели к некоторому улучшению качества кодирования причин смерти. В связи, с чем было проведено исследование, имевшее целью оценку качества кодирования причин смерти на основе международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра в 2010 году.

**Заключение**

В России качество диагностики причин смерти является неудовлетворительным по многим критериям, в частности, по частоте неуточненных диагнозов среди причин смерти. Наиболее часто они встречаются среди причин смерти от болезней органов дыхания, сравнительно редко - среди причин смерти от болезней органов пищеварения. Уровень смертности населения от причин разных классов не коррелирует с долей среди них неуточненных диагнозов. Анализ встречаемости кодов, определяющих неуточненные причины смерти, позволил определить информацию, которая наиболее часто теряется в результате их использования, что в свою очередь позволило выявить основные проблемы, которые сказываются на низком качестве кодирования причин смерти населения.

Во-первых, частые случаи неустановленного инфекционного агента патологического процесса свидетельствуют о неудовлетворительном качестве лабораторных тестов по определению возбудителя и не достаточной частоте их проведения. Спектр неуточненных причин смерти свидетельствует о недостаточных объемах инструментального обследования не только с использованием высокотехнологических методов, но и с использованием простых методов исследования. Недостаточная

диагностическая база медицинских учреждений и/или неадекватное ее использование обуславливают накопление ошибок в ходе диагностического процесса.

Во-вторых, использование кодов, которые не могут использоваться для кодирования первоначальной причины смерти, свидетельствует о недостаточной грамотности медицинских специалистов в сфере правил кодирования причин смерти и об отсутствии достаточного контроля правильности их кодирования. Частота использования неуточненных диагнозов при определении причины смерти врачами, лишь выписывающими справку о смерти, и врачами, лечившими больного перед смертью, мало зависит от наличия данных о состоянии здоровья умершего до его смерти. Кроме того, повозрастное распределение неуточненных диагнозов позволяет заключить, что при диагностике причин смерти практически не используется медицинская документация прижизненного обследования умерших. То есть, дополнительные данные для конкретизации причины смерти на практике не востребованы.

В-третьих, отсутствие информации, необходимой для разработки смертности на популяционном уровне также свидетельствует о небрежном отношении медицинских работников к диагностике причин смерти. Медицинские работники всех категорий не всегда добросовестно заполняют справки о смерти: врачи, лишь выписывающие свидетельство о смерти, чаще одновременно не уточняют причину смерти и не указывают место смерти; врачи, лечившие умершего, чаще не указывают место смерти; патологоанатомы чаще не указывают возраст больных. При наличии действенного контроля правильности кодирования врачам, устанавливающим причину смерти, пришлось бы дополнять отсутствующую информацию по каждому случаю, что неизбежно повысило бы дисциплину в оформлении учетных документов.

Таким образом, снижение доли неуточненных причин смерти зависит от улучшения лабораторной и инструментальной диагностики

патологических процессов, повышения профессионализма медицинских работников в области кодирования причин смерти с использованием МКБ-10, повышения их ответственности за качество кодирования, а также от улучшения методов контроля за качеством кодирования и его ужесточения.

Решению задачи улучшения качества кодирования причин смерти может способствовать также издание русской версии МКБ-Х 2010 года, в котором пристальное внимание уделено проблеме контроля за качеством кодирования. МКБ-Х 2010 года, выпущенное Всемирной организацией здравоохранения, включает обновления, введенные между 1996 и 2010 годами. В новой версии МКБ-Х внесены поправки в правила кодирования смертности и правила для выбора первоначальной причины, приводящей к смертельному исходу. Составлены специальные таблицы для использования при кодировании, добавлен ряд пятизначных (а иногда и шестизначных) подрубрик, внесен ряд поправок в глоссарий определений рубрик и подрубрик. Второй том издания содержит инструкции по кодированию смертности и основные принципы для представления и интерпретация данных. Практическое использование инструкций, приведенных во втором томе, поможет изменить сложившуюся практику кодирования причин смерти, увеличить долю конкретизированных диагнозов смерти. Однако необходимым условием этого является практическая востребованность достоверной информации, и, соответственно, наличие проверки правильного кодирования причин смерти на всех уровнях государственной регистрации смерти.

# ПРИНЦИПЫ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗОВ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ (МКБ-10).

**Автандилов Г.Г.**

…Клинические и патологоанатомические диагнозы рубрифицируются с выделением *основного заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний*. Обозначение каждой болезни в диагнозе должно начинаться с ключевого слова, «унитерма», имеющегося в международной номенклатуре (3-й том МКБ-10) или в 3-м разделе «Пособия по классификации болезней, травм и причин смерти военнослужащих Вооруженных Сил РФ, медицинских диагностических исследований, операций и лечебных процедур (на мирное время)» [6]. Это позволяет кодировать анализируемый материал. Коды МКБ-10 предназначены для шифровки как диагнозов и причин смерти, так и причин обращения за врачебной помощью, что позволяет проводить статистический анализ патологических состояний, приведших к госпитализации и по поводу которых проводилось лечение. Наряду с нозологическими формами МКБ-10 включает синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм. Но не все коды МКБ могут быть использованы для шифровки окончательного клинического и патологоанатомического диагнозов, а также причин смерти. Следует ознакомить медицинский персонал с рекомендациями, изложенными в новой статистической классификации болезней.

Часто при составлении диагнозов и оформлении другой медицинской документации о причинах смерти (особенно при сличении диагнозов у врачей-патологоанатомов и у клиницистов) возникают различные толкования. Без единых принципов трактовки и регистрации патологических

процессов взаимодействие клиницистов и патологоанатомов оказывается неэффективным.

Заключительные клинический и патологоанатомический диагнозы не должны представлять собой перечень обнаруженных симптомов, синдромов или нозологических единиц. В любом диагнозе указывается название нозологической единицы, имеющейся в Международной номенклатуре болезней, а далее следует его обоснование (морфологические характеристики, клинические, лабораторные и др.). Все эти элементы должны быть расположены в последовательности, в основе которой лежит нозологический принцип, требуемый правилами ВОЗ.

При изучении заболеваемости и смертности населения МКБ-10 рекомендует повсеместно использовать базовые понятия: основное состояние и первоначальная причина смерти. В клиническом диагнозе основное состояние соответствует понятию основного заболевания и трактуется (при анализе заболеваемости по единичной причине) как состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При составлении заключительного клинического диагноза в качестве основного заболевания учитывают состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, пациента лечили или обследовали. При наличии у больного более одного заболевания выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов.

Другие состояния — заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода оказания медицинской помощи и оказывают влияние на лечение пациента. Необходимо иметь в виду важное ограничение этой рубрики: состояния, которые связаны с более ранним эпизодом и не влияют на текущий, регистрировать в клиническом диагнозе не следует.

Эквивалентом основного заболевания могут быть и обстоятельства несчастного случая (ятрогенная патология), в практике судебно-медицинской экспертизы — акт насилия, вызвавший смертельную травму.

В процессе лечения характер основного заболевания может меняться, однако для корректировки и статистического анализа должен быть представлен только заключительный клинический диагноз. Особенно важно учитывать это требование при летальных исходах, так как будут составляться клинический и патологоанатомический диагнозы и выноситься решение об их совпадении или расхождении.

Важная особенность МКБ-10 — признание возможности кодирования двух сосуществующих заболеваний (бикаузальные случаи). Эти состояния в практике отечественных патологоанатомов начали выделять с 1971 г. в качестве «*комбинированного основного заболевания*». Последнее включает два конкурирующих или два сочетанных заболевания, объединенных общим танатогенезом. Кодируют две указанные нозологические единицы с помощью двух кодов. Если у больного более двух тяжелых заболеваний, то устанавливают мультикаузальную патологию (полипатию), которая может быть представлена или «семействами» болезней (патогенетически между собой связанными состояниями), или «ассоциациями» болезней (случайно совпавшими по времени развития у одного больного). В этих случаях основное заболевание выделяют по ведущей клинической симптоматике и в зависимости от величины затраченных на его лечение медицинских ресурсов. В случаях летальных исходов следует выделить только заболевание, предшествовавшее непосредственной причине смерти (нозологическую единицу), но не проявления механизма смерти. Это заболевание принимается в качестве одной первоначальной причины смерти и соответствующим образом кодируется. Все остальные болезни считаются сопутствующими. При оформлении **клинического диагноза** в качестве основного заболевания (и первого заболевания в «комбинированном основном заболевании», и основного заболевания при полипатиях) при прочих равных условиях отдают

предпочтение: нозологической единице, имеющей наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим); нозологии, более тяжелой по течению, характеру и высокой по вероятности смертельных исходов; болезни, более значимой в социальном и санитарно-эпидемиологическом отношении (инфекции, новообразования, инфаркт миокарда и др.). В случаях, когда применение этих положений не позволяет выявить приоритет одной из нозологии, первой указывается та, которая была выставлена первой в клиническом диагнозе и отражает профиль отделения (медицинского учреждения).

При летальных исходах в заключительном клиническом диагнозе необходимо выделить заболевание (травму), которое само или через связанное с ним осложнение привело больного к смерти, то есть явилось первоначальной причиной смерти, подлежащей статистическому учету.

**Патологоанатомический диагноз** имеет такую же рубрификацию, как и клинический, однако в качестве основного заболевания в нем выставляется первоначальная причина смерти.

По МКБ-10 первоначальной причиной смерти следует считать болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, и обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

При монокаузальном диагнозе основное заболевание — это первоначальная причина смерти, представленная одной нозологической единицей (болезнью, травмой, синдромом, патологическим состоянием, ятрогенией), кодируемой по ключевому слову, определяющему выявленную патологию.

При бикаузальном диагнозе кодируют две причины или при анализе заболеваемости и смертности по одной причине из «комбинированного основного заболевания» кодируют первое заболевание, а второе состояние — записывают и кодируют во второй части свидетельства о смерти как болезни, способствовавшие наступлению смерти. «Комбинированное основное

заболевание» может включать два конкурирующих, два сочетанных, а также комбинацию основного заболевания с фоновым.

Конкурирующими заболеваниями считают те, которыми больной страдал одновременно, и каждое из них, несомненно, привело бы его к смерти.

Сочетанными считают болезни, случайно совпавшие по времени и взаимно отягощающие друг друга. В отдельности они не могли бы привести к летальному исходу.

Фоновое заболевание имеет собственный патогенез и создает неблагоприятные условия для течения основного заболевания.

При полипатиях патологоанатомический диагноз составляется подобно рекомендованному выше клиническому диагнозу. Определяют непосредственную причину смерти и предшествующую ей первоначальную причину, которую и принимают за основное заболевание, кодируя соответствующим образом.

Осложнениями основного заболевания считают нозологические формы, травмы, синдромы и патологические состояния, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны, но не являются проявлением первоначальной причины смерти. Осложнения перечисляются в патогенетической последовательности с выделением смертельного осложнения, регистрируемого в качестве непосредственной причины смерти больного.

Сопутствующие заболевания — одна или несколько нозологических форм, которые не связаны ни с основным заболеванием, ни с танатогенезом, но нуждаются в дополнительных затратах на лечение.

Реанимационные осложнения рассматриваются отдельно в качестве патологоанатомических изменений, возникших в связи с реанимационными вмешательствами. Эти осложнения не могут рассматриваться в качестве первоначальной причины смерти, как это иногда представляется в исках к лечебным учреждениям.

Правильно оформленные клинический и патологоанатомический диагнозы отвечают медицинским, статистическим и социально-правовым требованиям, являясь медико-социальными заключениями.

***Расхождением*** клинического и патологоанатомического диагнозов считается неправильная диагностика нозологической формы в рубрике основного заболевания с учетом ее сущности (при хроническом гломерулонефрите выставлен диагноз хронического пиелонефрита) или отсутствие указаний на нее в клиническом диагнозе (при раке прямой кишки выставлен диагноз опухоли брюшной полости); неверное определение локализации патологического процесса (например, при раке желудка — рак яичника, или при раке левого легкого — рак правого легкого); неправильно установленная этиология заболевания (при фолиеводефицитной анемии выставлен диагноз железодефицитной анемии) или характер патологического процесса (например, по особенностям инсульта — ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние).

Понятия «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сличения рубрик «основное заболевание» в клиническом и «основное заболевание» (первоначальная причина смерти) в патологоанатомическом диагнозах. Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности по осложнениям, смертельному осложнению (венной причине смерти), основным сопутствующим заболеваниям, проводится и анализируется отдельно и при несовпадении не учитывается как расхождение диагнозов (указывается дополнительно, например, в клинико-анатомическом эпикризе: диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение). Так же отмечается расхождение сопутствующих заболеваний.

При сличении диагнозов учитывается только тот клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни или указан как заключительный в посмертном эпикризе или в медицинской книжке умершего. Нерубрифицированные или клинические диагнозы со знаком

вопроса не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим, что во всех случаях должно рассматриваться как расхождение диагнозов по причине неправильной формулировки или оформления диагноза.

Аналогичная ситуация складывается в случаях, когда в качестве основного заболевания в окончательном клиническом диагнозе указан лишь симптом или синдром (например, желтуха, уремия, объемный процесс).

При решении вопроса о совпадении или расхождении диагнозов сличаются все нозологии, указанные в основном заболевании. В случае комбинированного основного заболевания расхождением считают недиагностированное одно из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний, а также их гипердиагностику, если по поводу этого диагноза проводили серьезные медицинские вмешательства. В патологоанатомическом диагнозе по сравнению с клиническим может измениться порядок расположения конкурирующих или сочетанных заболеваний. Этого следует избегать и в случаях совпадения диагнозов, сохраняя последовательность, принятую в клиническом диагнозе. Если есть убедительная объективная причина для изменения очередности записи нозологии в диагнозе, но все нозологии, входящие в комбинированное основное заболевание, совпадают, устанавливают совпадение диагнозов, а в клинико-анатомиче-ском эпикризе обосновывают причину изменения структуры диагноза.

Таким образом, с введением Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра сохраняется общепринятый порядок составления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Ее требования ужесточаются в выборе первоначальной причины смерти основного заболевания, что обусловлено причинами социально-правового характера.

## Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра.

**Вайсман Д.А.**

Для сокращения ошибок при оформлении медицинских свидетельств о смерти во всем мире применяют автоматизированные системы, позволяющие проводить автоматическое кодирование и автоматический выбор первоначальной причины смерти, что дает возможность получения достоверной информации о смерти. Медицинское свидетельство о смерти заполняется на основании посмертного диагноза, записанного в эпикризе первичной медицинской документации

**Основные виды диагнозов:**

***Клинический*** (прижизненный и посмертный) –

предварительный (при недостаточной полноте обследования, его формулировка завершается вопросительным знаком; на этапе внебольничной помощи диагноз может быть симптоматическим или синдромологическим),

***заключительный***, в нем указывают все выявленные в процессе диагностики заболевания в соответствии с принятыми классификациями, выделяя на первое место основное, а также клинические характеристики (этиология, стадии болезни, степени тяжести, функциональные нарушения и т.д.);

***патологоанатомический*** (посмертный);

***судебно-медицинский*** (прижизненный и посмертный);

**эпидемиологический**.

**Диагноз может включать дополнительно несколько компонентов:**

- этиологический – указывает на причину болезни, например, вирусная пневмония;
- патогенетический – характеризует особенности патогенеза, чаще всего для определения качественных особенностей распознаваемой патологии, например, обструктивный бронхит;

- морфологический – отражает сущность патологоанатомических изменений в органах и тканях, иногда совпадающих с номенклатурным определением болезни, например, цирроз печени;

функциональный – информирует о связанных с болезнью нарушениях важнейших физиологических функций, чаще всего с количественной характеристикой функциональной недостаточности по степеням, например, недостаточность кровообращения III ст.

В качестве «основного» заболевания должна фигурировать только одна определенная нозологическая единица.

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

Диагноз должен быть достаточным и сформулирован так, чтобы его можно было перевести в международный статистический код.

В обязанности специалистов службы медицинской статистики входит контроль за правильностью кодирования и соответствия кода формулировке диагноза.

**Схема клинического диагноза:**

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

## Статистика смертности.
## Концепция первоначальной причины смерти.

Учетная форма № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.12.08 г. № 782н.

На каждой строке п. 19 «Свидетельства» записывается «своя» причина смерти:

I а) **непосредственная** причина

б) **промежуточная** причина

в) **исходная предшествовавшая причина**

г) **внешняя** причина при травмах и отравлениях

II **Прочие** причины смерти

**Первоначальная причина смерти** – это причина смерти, отобранная для статистической разработки. «Логическая последовательность» представляет связанные между собой звенья патогенеза основного заболевания, являющегося первоначальной причиной смерти. В пределах одного заболевания может быть составлена одна или несколько различных последовательностей.

**«Общий принцип»:**

«В тех случаях, когда в свидетельстве указано более одного патологического состояния, выбирают то состояние, которое единственно записано на нижней заполненной строке части I только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных в свидетельстве выше». При неправильном заполнении свидетельства, когда общий принцип неприменим, для выбора первоначальной причины смерти используют 3 правила: правила модификации выбранной причины, предполагаемые прямые следствия другого состояния; допущение наличия промежуточной причины; принятые и отвергнутые последовательности.

## Класс I. «НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ» (A00-B99)

Ошибки:

- неправильное формулирование диагноза;
- неправильное кодирование;
- неправильный выбор первоначальной причины смерти

Высокий показатель смертности от туберкулеза в России связан с включением в статистику инфильтративных форм туберкулеза, а также пролеченных форм заболевания без выделения БК, которые не должны включаться в статистику, так как увеличивают показатель смертности. Показатель смертности от туберкулеза (SDR) в Европе в 2011г. составил 0,8 на 100 тыс. населения; в Российской Федерации – 13,1 (Брянская обл. – 16,0; Белгородская обл. – 2,3; Смоленская обл. – 18,3; Орловская обл. – 2,1; республика Тыва – 72,7).

Имеются различия в показателях первичной заболеваемости туберкулезом: Европа, 2011 г. – 12,2, Российская Федерация – 79,1 на 100 тыс. населения. Эти факты подтверждают разные подходы к кодированию заболеваемости и смертности и выбору первоначальной причины смерти в России и в зарубежных странах.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) постгеморрагическая анемия острая**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **6 час.** | **D** | **6** | **2** | **.** | **X** |
| **б) легочное кровотечение**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **6 час.** | **R** | **0** | **4** | **.** | **8** |
| **в) Туберкулез легкого фиброзно-кавернозный, подтвержденный ростом культуры**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **4 года** | **A** | **1** | **5** | **.** | **1** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **г)** _____ внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический обструктивный бронхит**<br>**Алкогольный гепатит** | **10 лет**<br>**8 лет** | **J44.8**<br>**K70.1** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **I а) Пневмония, вызванная Pneumocystis carinii** болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **2 нед.** | **B 5 9 . X** |
| **б) Саркома Капоши** патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **7 мес.** | **C 4 6 . 0** |
| **в) Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением множественных болезней** первоначальная причина смерти указывается последней | **8 мес.** | **B 2 2 . 7** |
| **г)** _____ внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический бронхит**<br>**Синдром зависимости от опиоидов** | **2 года**<br>**2 года** | **J42.X**<br>**F11.2** |

## Класс II «Новообразования»

Ошибки:

1. Указываются неуточненные формы рака

2. В качестве осложнений часто указывают кахексию и раковую интоксикацию, которые встречаются у 100% умерших

3. Не указывается логическая последовательность патогенеза болезни

4. Формулировка диагноза не соответствует коду МКБ-10

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Перитонит острый**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **6 час.** | **К** | **6** | **5** | **.** | **0** |
| **б) Язва желудка с прободением**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **12 час.** | **К** | **2** | **5** | **.** | **5** |
| **в) Рак большой кривизны желудка**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **1 год** | **С** | **1** | **6** | **.** | **6** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Постинфарктный кардиосклероз** | **10 лет** | **I 25.8** | | | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Метастазы в легкие** болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **1 мес.** | **C** | **7** | **8** | **.** | **0** |
| **б) Метастазы в кости** патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 мес.** | **C** | **7** | **9** | **.** | **5** |
| **в) Рак молочной железы, выходящий за пределы одной локализации** первоначальная причина смерти указывается последней | **1 год** | **C** | **5** | **0** | **.** | **8** |
| **г)** внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Постинфарктный кардиосклероз**<br>**Холелитиаз** | **5 лет**<br>**7 лет** | **I25.8**<br>**K80.2** | | | | |

## Класс IV. «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ»

Ошибки:

1. Сахарный диабет не выбирается в качестве первоначальной причины смерти в соответствии с правилом МКБ-10 (том 2, стр. 74).

2. Не указывается логическая последовательность патогенеза болезни, записывается одно состояние с множественными осложнениями без их расшифровки.

3. В формулировке диагноза отсутствует тип диабета, что не позволяет правильно присвоить код МКБ-10.

4. Сахарный диабет записывают в части II свидетельства, а в части I – более легкое заболевание.

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I а) **Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **6 час.** | **I** | **6** | **3** | **.** | **3** |
| б) **Нефропатия**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 года** | **N** | **2** | **8** | **.** | **9** |
| в) **Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **5 лет** | **E** | **1** | **0** | **.** | **7** |
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический обструктивный бронхит**<br>**Атеросклеротический кардиосклероз** | <br><br><br>**10 лет**<br>**20 лет** | <br><br><br>**J44.8**<br>**I25.1** | | | | |

## Класс V. «Психические расстройства и расстройства поведения»

Ошибки:

1. В качестве первоначальной причины смерти используют формулировку и код «психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя» одной строкой без логической последовательности.

2. В качестве первоначальной причины выбирают не заболевания, вызванные употреблением алкоголя, а психические расстройства.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Недостаточность печеночная алкогольная**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **2 нед.** | **К** | **7** | **0** | **.** | **4** |
| **б) Алкогольный гепатит**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению | **2 года** | **К** | **7** | **0** | **.** | **1** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| вышеуказанной причины | | | | | | |
| **в)** _____ _____ первоначальная причина смерти указывается последней | | | | | | |
| **г)** _____ _____ внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Алкогольная кардиомиопатия**<br>**Хронический алкоголизм**<br>**Хронический обструктивный бронхит** | <br><br><br>**1 год**<br>**5 лет**<br>**7 лет** | <br><br><br>**I42.6**<br>**F10.2**<br>**J44.8** | | | | |

## Класс VI. «Болезни нервной системы»

Ошибки:

1. Болезни нервной системы редко выбираются в качестве первоначальной причины смерти.

2. Не указывается логическая последовательность патогенеза болезней, не учитывается наличие тяжелых осложнений.

3. В логической последовательности используют, как правило, только термин «отек мозга».

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Отек мозга**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **3 час.** | **G** | **9** | **3** | **.** | **6** |
| **б) Внутримозговое кровоизлияние кортикальное**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 сут.** | **I** | **6** | **1** | **.** | **1** |
| **в) Болезнь Паркинсона**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **6 лет** | **G** | **2** | **0** | **.** | **X** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Артериальная гипертензия**<br>**Атеросклеротический кардиосклероз** | **2 года**<br>**15 лет** | **I10.X**<br>**I25.1** | | | | |

## Класс IX. «Болезни системы кровообращения»

**Ошибки:**

1. Болезни системы кровообращения чаще всего выбираются в качестве первоначальной причины смерти, но не всегда правильно

2. Не указывается логическая последовательность патогенеза болезни

3. Не соблюдаются правила выбора первоначальной причины смерти

4. Диагнозы формулируются без разбивки на разделы, что затрудняет отбор причин смерти для свидетельства

5. Используется термин «сердечная недостаточность», который не следует использовать даже как непосредственную причину

6. Используются формулировки неуточненных диагнозов.

Состояния из этого класса занимают первое место в структуре смертности, поэтому очень важно, чтобы они были достоверными.

**Цереброваскулярные болезни.**

При сочетании артериальной гипертензии с ишемическими болезнями сердца или цереброваскулярными заболеваниями в качестве первоначальной причины смерти выбираются эти заболевания. Вторичная гипертензия (I15) не используется в качестве первоначальной причины смерти (должно быть указано и выбрано первичное заболевание, вызвавшее вторичную гипертензию).

**«Ишемические болезни сердца» (I20-I25). ИБС и ОКС** - сборные понятия, включают в себя несколько нозологических единиц и в качестве диагноза не используются. **Стенокардия (I20)** – не может быть выбрана в качестве первоначальной причины смерти. **Острый инфаркт миокарда (I21)** – диагноз устанавливается до 28 дней от начала заболевания в пределах эпизода оказания медицинской помощи, а при стационарном эпизоде – независимо от продолжительности госпитализации. Указание логической последовательности развития патологического процесса обязательно. Все последующие инфаркты миокарда у пациента считают острыми. **«Ишемические болезни сердца» (I20-I25) ИБС и ОКС** - сборные понятия, включают в себя несколько нозологических единиц и в качестве диагноза не используются.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) <u>Кардиогенный шок</u>**_____<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **2 час.** | **R** | **5** | **7** | **.** | **0** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **б) Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **3 час.** | **I** | **4** | **8** | **.** | **0** |
| **в) Острый инфаркт миокарда задней стенки**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **2 суток** | **I** | **2** | **1** | **.** | **2** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью**<br>**Ожирение** | **10 лет**<br>**20 лет** | **I 11.0**<br>**E66.9** | | | | |

Рубрика I22 **«Повторный инфаркт миокарда»** предназначена для кодирования инфаркта миокарда любой локализации, происшедшего в течение 4-х недель (28 дней) от начала предыдущего инфаркта. Если эпизод оказания медицинской помощи начался позже 28 дней от начала острого инфаркта миокарда, кодируют **«Постинфарктный кардиосклероз», код I25.8**. **В случае смерти** от острого или повторного инфаркта миокарда **не все случаи инфарктов миокарда** выбираются в качестве первоначальной причины смерти: при сочетании острого или повторного инфаркта миокарда **со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания**, а инфаркты миокарда – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном

посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 28 дней от начала возникновения инфаркта или в пределах эпизода оказания медицинской помощи.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Кардиогенный шок**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **45 мин.** | **R** | **5** | **7** | **.** | **0** |
| **б) Острый инфаркт миокарда передней стенки**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **4 час.** | **I** | **2** | **1** | **.** | **0** |
| **в) Сахарный диабет II типа с уточненными осложнениями**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **3 года** | **E** | **1** | **1** | **.** | **6** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Атеросклероз аорты**<br>**Хронический обструктивный бронхит** | **8 лет**<br>**5 лет** | **I70.0**<br>**J44.8** | | | | |

• при сочетании инфаркта миокарда (острого или повторного) с тяжелыми и системными заболеваниями соединительной ткани первоначальной причиной смерти следует считать эти тяжелые и системные заболевания, а инфаркты – их осложнениями. К тяжелым заболеваниям относятся ревматоидные артриты (M05-M08), к тяжелым системным заболеваниям соединительной

ткани относятся заболевания из XIII класса МКБ-10, обозначенные кодами М30-М36.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Кардиогенный шок**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **1 час.** | **R** | **5** | **7** | **.** | **0** |
| **б) Острый инфаркт миокарда задней стенки**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **10 час.** | **I** | **2** | **1** | **.** | **2** |
| **в) Ревматоидный васкулит**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **3 года** | **M** | **0** | **5** | **.** | **2** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический обструктивный бронхит** | **10 лет** | **J44.8** | | | | |

• при **остром или повторном инфаркте миокарда** при отсутствии других заболеваний первоначальной причиной смерти следует считать острый или повторный инфаркт миокарда (коды I21-I22), а при их сочетании – **повторный**, в промежуток времени до 28 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если эпизод закончился позже 28 дней);

• если диагноз инфаркта миокарда был установлен после 28 дней от его возникновения, первоначальной причиной смерти следует считать **постинфарктный кардиосклероз**, код I25.8 (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 492);

• код I25.2 в качестве первоначальной причины смерти **не используется**, данное состояние обозначает инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом и диагностированный по ЭКГ, в текущий период – бессимптомный. При наличии в первичной медицинской документации записи о перенесенном в прошлом инфаркте миокарда как единичном состоянии и отсутствии диагнозов других заболеваний, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8;

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I а) Тромбоэмболия легочной артерии<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | 5 мин. | I | 2 | 6 | . | 9 |
| б) Фибрилляция желудочков<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | 15 мин. | I | 4 | 9 | . | 0 |
| в) Постинфарктный кардиосклероз<br>первоначальная причина смерти указывается последней | 4 года | I | 2 | 5 | . | 8 |
| г)<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью<br>Хронический холецистит | 10 лет<br>8 лет | I11.0<br>K81.1 | | | | |

**«Хроническая ишемическая болезнь сердца» (I25).**

Хронические формы ишемических болезней сердца могут являться первоначальной причиной смерти только в случаях обострения,

присоединения нарушений ритма, тромбоэмболических и других осложнений. Такая логическая последовательность обязательно указывается в медицинском свидетельстве о смерти. Не допускается запись хронической формы ишемических болезней сердца одной строкой без указания логической последовательности.Такие состояния как сердечная, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность МКБ-10 не должны включаться в свидетельство о смерти, так как они являются элементом механизма смерти и встречаются у всех умерших. Если диагноз уточнить невозможно, необходимо провести патологоанатомическое вскрытие. **«Легочная эмболия» (I26)** как правило, развивается как осложнение других заболеваний, поэтому **не используется** в качестве первоначальной причины смерти.

**«Кардиомиопатия» (I42)**

Диагноз **«Кардиомиопатия» (I42)** должен быть подтвержден в специализированной медицинской организации с обязательным указанием конкретной формы заболевания, предусмотренной МКБ-10, например, дилатационная кардиомиопатия, алкогольная кардиомиопатия и т.д. В качестве первоначальной причины смерти использовать диагноз «Неуточненная форма кардиомиопатии» **недопустимо**. В этом случае проведение патологоанатомического вскрытия обязательно.

Диагноз **«Остановка сердца» (I46.9) не используется** в качестве первоначальной причины смерти.

В качестве первоначальной причины смерти термин **«Внезапная сердечная смерть»** (I46.1) **не используется**, для уточнения причины смерти в обязательном порядке необходимо проведение патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия.Диагноз **«Острая коронарная смерть»** в МКБ-10 отсутствует.

**«Нарушения сердечного ритма» (I47-I49).**

Диагноз **«Нарушения сердечного ритма» (I47-I49)** редко используется в качестве первоначальной причины смерти. Как правило,

нарушения сердечного ритма являются осложнениями других заболеваний, чаще всего, заболеваний сердца.

Диагноз **«Неточно обозначенные болезни сердца» (I51)** не используется в качестве первоначальной причины смерти, причина смерти должна быть уточнена при патологоанатомическом вскрытии.

**«Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).**

Термин «ЦВЗ» («Цереброваскулярные заболевания») является сборным понятием, включающим в себя различные нозологические единицы, в связи с чем **не используется в качестве диагноза**. Использование при формулировке диагноза сборных понятий (с расшифровкой нескольких нозологических единиц или без их расшифровки) **недопустимо.**

Диагноз **«энцефалопатия»** кодируется в соответствии с МКБ-10 (том 3, стр.688):

- в классе VI «Болезни нервной системы»:

**Алкогольная энцефалопатия** – G31.2;

**Токсическая энцефалопатия** – G92;

**Энцефалопатия неуточненная** – G93.4.

- в классе IX «Болезни системы кровообращения»:

**Атеросклеротическая энцефалопатия** – I67.2;

**Гипертензивная энцефалопатия** – I67.4.

Диагноз **«Дисциркуляторная энцефалопатия»** в МКБ-10 не определен в качестве самостоятельной нозологической единицы и должен кодироваться как «энцефалопатия» – код G93.4 (том 3, стр. 688).

Если «Дисциркуляторная энцефалопатия» употребляется как синоним «Хронической ишемии мозга», то в соответствии с МКБ-10 следует применять термин **«Хроническая ишемия мозга»,** код I67.8.

Диагноз **«Инсульт»** в соответствии с МКБ-10, обозначает острое нарушение мозгового кровообращения, не уточненное как кровоизлияние или инфаркт. Вид нарушения мозгового кровообращения должен быть уточнен. Не следует использовать устаревшие термины, отсутствующие в

МКБ-10, такие как, например, ишемический инсульт. Вместо него следует использовать современный термин, принятый в международной практике – **инфаркт мозга**.

**Острые цереброваскулярные болезни (I60-I66)**

Диагнозы кровоизлияний, инфарктов, инсультов, закупорок и стенозов сосудов мозга устанавливаются до 30 дней от начала заболевания в пределах эпизода оказания медицинской помощи, а при стационарном эпизоде – независимо от продолжительности госпитализации.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Отек мозга**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **1 час** | **G** | **9** | **3** | **.** | **6** |
| **б) Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 дня** | **I** | **6** | **1** | **.** | **5** |
| **в)**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | | | | | | |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Артериальная гипертензия**<br>**Атеросклеротический кардиосклероз** | **1 год**<br>**15 лет** | **I 10.X**<br>**I 25.1** | | | | |

В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней следует помнить, что не все эти случаи выбираются в качестве первоначальной

причины смерти: при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а острые формы цереброваскулярных болезней – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 30 дней от начала возникновения заболевания или в пределах эпизода оказания медицинской помощи.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Отек мозга**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **4 час.** | **G** | **9** | **3** | **.** | **6** |
| **б) Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **1 нед.** | **I** | **6** | **3** | **.** | **3** |
| **в) Бронхиальная астма аллергическая**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **6 лет** | **J** | **4** | **5** | **.** | **0** |
| **г)……** внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический обструктивный бронхит**<br>**Атеросклеротический кардиосклероз** | **8 лет**<br>**10 лет** | **J44.8**<br>**I25.1** | | | | |

При сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с тяжелыми системными заболеваниями соединительной ткани первоначальной причиной смерти следует считать системные заболевания, а острые нарушения мозгового кровообращения – их осложнениями.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Отек мозга**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **3 час.** | **G** | **9** | **3** | **.** | **6** |
| **б) Внутримозговое кровоизлияние кортикальное**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **1 сут.** | **I** | **6** | **1** | **.** | **1** |
| **в) Узелковый полиартериит**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **4 года** | **M** | **3** | **0** | **.** | **0** |
| **г)** _____ внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Хронический обструктивный бронхит** | **7 лет** | **J44.8** | | | | |

**Хронические формы цереброваскулярных болезней (I67).**

Хронические формы цереброваскулярных болезней могут являться первоначальной причиной смерти только в случаях присоединения тяжелых осложнений, как, например, пневмонии. Такая логическая последовательность должна быть обязательно указана в Свидетельстве. Не допускается запись хронической формы цереброваскулярных болезней одной строкой без указания логической последовательности.

**Сосудистая деменция**.

Если у пациентов, страдающих острыми или хроническими цереброваскулярными заболеваниями, выявлена деменция (F01, F03), то в случае смерти пациента первоначальной причиной смерти считается сосудистая деменция, код F01. Консультация специалиста для подтверждения деменции обязательна.

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) **Подкорковая сосудистая деменция**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **2 мес.** | **F 0 1 . 2** |
| б) **Хроническая ишемия мозга**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 года** | **I 6 7 . 8** |
| в) _____<br>первоначальная причина смерти указывается последней | | |
| г) _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| **II.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Церебральный атеросклероз**<br>**Артериальная гипертензия** | <br><br><br>**4 года**<br>**5 лет** | <br><br><br>**I67.2**<br>**I10.X** |

**«Последствия цереброваскулярных болезней» (I69)** – эта рубрика используется только для регистрации летальных исходов и не используется для обозначения хронических цереброваскулярных болезней. Логическая последовательность должна быть обязательно указана в Свидетельстве. Не допускается запись последствий цереброваскулярных болезней одной строкой без указания логической последовательности. При хронических формах цереброваскулярных болезней первоначальной причиной смерти могут являться другие состояния, обозначенные в рубриках конкретных неврологических расстройств из класса VI «Болезни нервной системы», например, «Боковой амиотрофический склероз» (G12.2), «Болезнь Паркинсона» (G20),«Болезнь Альцгеймера» (G30), «Рассеянный склероз»

(G35) и др. Хронические формы цереброваскулярных болезней в этих случаях записывают в части II Свидетельства.

**Болезнь Альцгеймера.**

При сочетании цереброваскулярных заболеваний с болезнью Альцгеймера в конце эпизода оказания медицинской помощи в качестве «основного» заболевания выбирают то заболевание, на которое пришлась наибольшая часть использованных ресурсов (МКБ-10, том 2, стр. 107). Если пациент обратился за медицинской помощью амбулаторно, то в начале эпизода оказания медицинской помощи в качестве «основного» заболевания должно быть выбрано более тяжелое заболевание (правило МВ1, том 2, стр. 118). В случае смерти пациента «основное» заболевание записывается в части I Свидетельства о смерти с соблюдением логической последовательности, первоначальная причина смерти выбирается в соответствии с «Общим принципом». Все остальные заболевания (фоновые, конкурирующие, сопутствующие), способствовавшие смерти должны быть записаны в части II Свидетельства.

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Шок кардиогенный**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **1 час** | **R** | **5** | **7** | **.** | **0** |
| **б) Инфаркт миокарда острый передний**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **3 дня** | **I** | **2** | **1** | **.** | **0** |
| **в) Поздняя болезнь Альцгеймера**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **10 лет** | **G** | **3** | **0** | **.** | **1** |
| **г)** _____<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Артериальная гипертензия**<br>**Постинфарктный кардиосклероз** | <br><br><br><br><br><br>**2 года**<br>**15 лет** | <br><br><br><br><br><br>**I 10.X**<br>**I 25.8** |

При сочетании болезни Паркинсона, развившейся на фоне церебрального атеросклероза, с острыми цереброваскулярными заболеваниями:

• с внутримозговыми кровоизлияниями – первоначальной причиной смерти считается Болезнь Паркинсона.

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а) Отек мозга**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **3 час.** | **G** | **9** | **3** | **.** | **6** |
| **б) Внутримозговое кровоизлияние кортикальное**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 сут.** | **I** | **6** | **1** | **.** | **1** |
| **в) Болезнь Паркинсона**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **6 лет** | **G** | **2** | **0** | **.** | **X** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Церебральный атеросклероз**<br>**Атеросклеротический кардиосклероз** | **10 лет**<br>**15 лет** | **I67.2**<br>**I25.1** |

В случаях смерти:

• При сочетании **болезни Паркинсона с нарушениями сердечного ритма, пневмонией, заболеваниями мочевой системы** в качестве первоначальной причины смерти выбирают **болезнь Паркинсона** (G20).

• При сочетании болезни Паркинсона **с инфарктами мозга** (I63) в качестве первоначальной причины смерти выбирают **инфаркт мозга**, а болезнь Паркинсона записывают в части II свидетельства о смерти.

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **I а)** **Уремия**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **3 сут.** | **N** | **1** | **9** | **.** | **X** |
| **б) Хронический пиелонефрит**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **2 года** | **N** | **1** | **1** | **.** | **9** |
| **в) Болезнь Паркинсона**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **5 лет** | **G** | **2** | **0** | **.** | **X** |
| **г)**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | | | | | |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **II**. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)<br>**Артериальная гипертензия**<br>**Постинфарктный кардиосклероз** | **4 года**<br>**10 лет** | **I10.X**<br>**I25.8** |

**«Болезни артерий, артериол и капилляров» (I70-I79).**

**«Атеросклероз» (I70).**

Сборные понятия (термины), такие как «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз» в качестве диагноза основного заболевания и в качестве первоначальной причины смерти **не используются**. Следует использовать только рубрики, обозначающие атеросклеротическое поражение конкретных сосудов, например, «атеросклероз аорты», «атеросклероз сосудов нижних конечностей с гангреной».

**Класс XVIII. «Симптомы, признаки и отклонения от нормы».**

Почти все состояния из этого класса являются «неточно обозначенными» и не должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти. В Российской Федерации в основном статистика этого класса формируется преимущественно за счет состояния «старость» (R54) и неуточненных причин смерти (R99). По данным Росстата доля «старости» в 2012 году в Российской Федерации составила 61,2%, неуточненные причины – 37,7%. **Показатель смертности от симптомов входит в оценку ВОЗ по проверке достоверности данных о смертности** и не должен превышать рекомендованных ВОЗ величин (менее 10% в возрасте 65 лет и старше и менее 5% в возрасте до 65 лет). Показатель смертности от симптомов (SDR) в Российской Федерации в 2010 году составил **62,1** на 100 тыс. населения. **Для сравнения**: Европа, 2010 – **21,1;** США, 2010 – **12,4**.

**Формулировка патологоанатомического диагноза**

**при ишемической болезни сердца**

**(класс IX «болезни системы кровообращения» МКБ-10)**

**Москва - 2015**

Составители:

Франк Г.А., Зайратьянц О.В., и соавторы.

Пример 1.

- Основное заболевание: Двусторонняя очаговая сливная пневмония в VI-X сегментах легких с абсцедированием (бактериологически – S. pneumoniae, дата) J13.
- Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями: …. (F10.1)
- Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга.
- Сопутствующие заболевания: **Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.** Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек головного мозга.

б) Пневмококковая двусторонняя пневмония (J 13)

в) —.

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F10.1).

Пример 2.

- *Основное заболевание:* Атеросклеротическая (дисциркуляторная) энцефалопатия. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно внутренних сонных артерий до 50%) (I67.8).

- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Кахексия: **бурая атрофия миокарда**, печени, скелетных мышц.
- *Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кахексия

б) Атеросклеротическая (дисциркуляторная) энцефалопатия (I67.8).

в) —.

г) —.

II. Гипертоническая болезнь (I10).

Пример 3

- *Основное заболевание:* Внутримозговая нетравматическая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (объем гематомы). Атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 30%) (I61.0).
- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Прорыв крови в полости правого бокового и III-го желудочков головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.
- *Сопутствующие заболевания:* **Крупноочаговый кардиосклероз** задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Прорыв крови в желудочки головного мозга.

в) Внутримозговая гематома (I61.0).

г) —.

II. Гипертоническая болезнь (I10).

Пример 4

- *Основное заболевание:* Ишемический инфаркт головного мозга (атеротромботический) в лобной, теменной долях и подкорковых ядрах левого полушария (размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно передней и средней левой мозговой артерии до 30%, красный обтурирующий тромб длиной 2 см и нестабильная атеросклеротическая бляшка левой средней мозговой артерии) (I63.3).
- *Осложнения основного заболевания:* Отек головного мозга с дислокацией его ствола.
- *Сопутствующие заболевания:* **Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз**. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно правой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

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

б) Ишемический инфаркт головного мозга (I63.3).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 5

- *Основное заболевание:* Остаточные явления после перенесенного внутримозгового кровоизлияния (дата — по данным истории болезни): бурая киста в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II

стадия, стеноз преимущественно правых задней, средней и базилярной мозговых артерий до 30%) (I69.1).

- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Двусторонняя тотальная очаговая сливная пневмония (этиология).
- *Сопутствующие заболевания:* **Крупноочаговый кардиосклероз** задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Очаговая сливная пневмония.

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

в) —.

г) —.

II. Гипертоническая болезнь (I10).

Пример 6

- *Основное заболевание:* **Острая коронарная смерть** *(допустим термин «Внезапная коронарная смерть»).* Очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 50% ветвей левой и правой артерий) (I24.8).
- *Осложнения основного заболевания:* Фибрилляция желудочков (по клиническим данным). Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты. Отек легких и головного мозга. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой.

- *Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая коронарная смерть (допустим термин «внезапная коронарная смерть») (I24.8).

б) —.

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 7

- *Основное заболевание:* **Внезапная сердечная смерть**. Фибрилляция желудочков сердца (по клиническим данным) (I46.1).
- *Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и магистральных сосудах. Отек легких и головного мозга.
- *Сопутствующие заболевания:* Хронический бронхит

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Внезапная сердечная смерть (I46.1).

б) —.

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 8

- *Основное заболевание:* **Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1)**переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (давностью около 4 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50% левой и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

- *Фоновое заболевание:* Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - … г.) (I15.1).
- ***Допустим также вариант:*** *2. Фоновое заболевание:* Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - … г.). Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см).
- *Осложнения основного заболевания:* Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. Гемотампонада перикарда (объем излившейся крови, мл). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.
- *Сопутствующие заболевания:* Язвенная болезнь желудка, стадия ремиссии: хроническая каллезная эпителизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Гемотампонада перикарда.

б) Разрыв передней стенки левого желудочка сердца.

в) Острый инфаркт миокарда передневерхушечный (I21.0).

г) —.

II. Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Пример 9

- *Основное заболевание:* **Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1)**заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 3 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360

г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка нисходящей ветви левой артерии, стеноз до 60% устья левой артерии) (I21.2).

- *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа, в стадии декомпенсации (глюкоза крови - …, дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3–я степень, II стадия, стеноз артерий основания головного мозга до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия — клинически) (E11.7).
- *Осложнения основного заболевания*: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Отек легких.

б) Повторный инфаркт миокарда, заднебоковой с переходом на правый желудочек (I21.2).

в) —.

г) —.

II. Сахарный диабет 2-го типа (E11.7)

Пример 10

- *Основное заболевание:* **Рецидивирующий инфаркт миокарда (тип 1):** свежие (давностью около 3 суток – или “от … дата”) и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 суток) в области задней стенки и задней сосочковой мышцы левого желудочка и межжелудочковой перегородки (размеры очагов некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии, стеноз ветвей левой артерии до 60%) (I22.1).

- *Фоновое заболевание:* Реноваскулярная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,2 см). Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки (I15.0).
- ***Допустим также вариант:*** *2. Фоновое заболевание:* Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г.), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки. Реноваскулярная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого — 0,2 см).
- *Осложнения основного заболевания:* Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка. Кардиогенный шок (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. Респираторный дистресс-синдром.
- *Сопутствующие заболевания:* Атеросклеротическая деменция (вид, другая характеристика — клинически), стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Кардиогенный шок.

б) Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца

в) Рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки (I22.1).

г) —

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Пример 11

- *Основное заболевание:* Ишемический инфаркт головного мозга (атеротромботический) в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно передней и средней левой мозговых артерий до 30%, красный обтурирующий тромб и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой средней мозговой артерии) (I63.3).
- *Конкурирующее заболевание:* **Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (тип 1)** задней стенки левого желудочка (давностью около 15 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% и нестабильные, с кровоизлияниями атеросклеротические бляшки огибающей ветви левой коронарной артерии) (I21.4).
- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Двусторонняя очаговая пневмония в средней и нижней долях правого легкого (этиология). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Очаговая пневмония.

б) Ишемический инфаркт головного мозга (I63.3).

в) —.

г) —.

II. Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (I21.4). Гипертоническая болезнь (I10).

**ИМ, вторичный по отношению к ишемическому дисбалансу (ИМ типа 2)**развивается в случае, когда другое состояние, помимо ИБС, приводит к дисбалансу между потребностью в кислороде и/или его доставкой (эндотелиальная дисфункция, коронароспазм, эмболия, тахи/брадиаритмии, анемия, дыхательная недостаточность, гипотензия или гипертензия с или без гипертрофии миокарда). Осложненные нестабильные атеросклеротические бляшки или атеротромбоз на аутопсии отсутствуют [4]. *ИМ типа 2 в большинстве случаев не является нозологической формой в составе ИБС и в диагнозе его следует указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания».* Ведущее значение в его патогенезе (и диагностике) имеет коморбидность: наличие, помимо атеросклероза коронарных артерий и ИБС, сочетанных заболеваний и/или их осложнений, которые способствуют развитию ишемического дисбаланса миокарда. Такими сочетанными заболеваниями могут быть болезни легких, онкологические заболевания и т.д. Даже при тяжелом синдроме хронической сердечно-сосудистой недостаточности у умершего с атеросклеротическим или постинфарктным кардиосклерозом при ИБС, очаги ишемии или некроза миокарда (при постинфарктном кардиосклерозе обычно по периферии рубцов) следует расценивать как осложнение основного заболевания, а не повторный ИМ в составе ИБС. Повторный ИМ диагностируют при обнаружении признаков ИМ типа 1.

Формулировка диагноза основана на результатах клинико-морфологического анализа. Не существует специфических критериев, которые позволили бы морфологически дифференцировать небольшой по размерам ИМ при ИБС от крупноочаговых некрозав миокарда гипоксического и смешанного генеза, которые могут развиться у больных, например, при тяжелой анемии и наличии атеросклероза (но не атеротромбоза, как при ИМ типа 1) коронарных артерий сердца. В таких наблюдениях в патологоанатомическом диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания» более

целесообразно использовать термин ИМ тип 2, а не «некроз миокарда», хотя в его патогенезе большую роль играет некоронарогенный гипоксический фактор (примеры 12, 13).

Пример 12

- *Основное заболевание:* ХОБЛ: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения. Очаговая пневмония в III—IX сегментах обоих легких (этиология). Диффузный сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких. Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце (толщина стеник правого желудочка сердца – 0,5 см, ЖИ – 0,8) (J44.0).
- *Сочетанное заболевание:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%) (I25.8).
- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Инфаркт миокарда типа 2 в области задней стенки левого желудочка и верхушки сердца. Бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность

б) ХОБЛ в стадии обострения с бронхопневмонией (J44.0).

в)

г) —.

II. Крупноочаговый кардиосклероз (I25.8)

Гипертоническая болезнь (I10).

Пример 13

- *Основное заболевание:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%) (I25.8).
- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки.**Субэндокардиальные очаги некроза миокарда (инфаркт миокарда тип 2)** в области задней стенки левого желудочка. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность

б) Крупноочаговый кардиосклероз (I25.8)

в) –

г) —.

II. Гипертоническая болезнь (I10).

*В редких случаях, ИМ типа 2 может быть квалифицирован как форма ИБС и выставлен в рубрике «Основное заболевание»* при отсутствии каких-либо заболеваний и их осложнений, вызывающих гипоксические или метаболические повреждения миокарда (отсутствие коморбидности) и наличии атеросклероза коронарных артерий сердца со стенозом их просвета более чем на 50%. Таким примером может служить циркулярный субэндокардиальный ИМ, развившийся при атеросклеротическом поражении 2-х или 3-х коронарных артерий сердца без осложненной бляшки или атеротромбоза (Пример 14).

Пример 14

- *Основное заболевание:* **Острый инфаркт миокарда (тип 2)** заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 2-х суток, размеры очага некроза), Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 70%) (I21.2).
- *Фоновое заболевание:* Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).
- *Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая сердечно-сосудистая недостаточность

б) Острый инфаркт миокарда, заднебоковой с переходом на правый желудочек (I21.2).

в) –

г) —.

II. Гипертоническая болезнь (I10).

Пример 15

- *Основное заболевание:* Изъязвленный субтотальный рак желудка с обширным распадом опухоли (биопсия – умереннодифференцированная аденокарцинома, №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень, легкие (T4N1M1). C16.8
- *Осложнения основного заболевания:* Паранеопластический синдром (синдром гиперкоагуляции …). Обтурирующий красный тромб … коронарной артерии. **Инфаркт миокарда** передней стенки левого желудочка.

- *Сопутствующие заболевания:* Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Инфаркт миокарда

б) Паранеопластический синдром

в) Субтотальный рак желудка (аденокарцинома) с метастазами, T4N1M1 (C16.8)

г) —.

II. —.

Пример 16

- *Основное заболевание:* Узелковый полиартериит (периартериит) с преимущественным поражением коронарных артерий сердца, брыжеечных артерий, …. (M.30.0)
- *Осложнения основного заболевания:* **Инфаркт миокарда** в области задней и боковой стенок левого желудочка, ….

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Инфаркт миокарда

б) Узелковый полиартериит (M30.0)

в) —.

г) —.

II. —.

*Некоронарогенные некрозы* развиваются при сохранении коронарного кровотока вследствие [9, 20-27]:

- - гипоксии (абсолютной или относительной, при повышенной потребности миокарда в кислороде), характерной для многих заболеваний и их осложнений,
- - воздействия кардиотропных токсических веществ, как экзогенных, включая лекарственные средства (сердечные гликозиды, трициклические антидепрессанты, антибиотики, цитостатики, гликокортикоиды, химиопрепараты и др.), так и эндогенных,

- - разнообразных метаболических и электролитных нарушений (при патологии обмена веществ, органной недостаточности и т.д.),
- - дисгормональных нарушений (при сахарном диабете, гипо- и гипертиреозе, гиперпаратиреозе, акромегалии),
- - нейрогенных нарушений, например, при церебро-кардиальном синдроме у больных с тяжелыми поражениями головного мозга (ишемическими инфарктами, травматическими и нетравматическими гематомами), которым свойственно и нарушение кровоснабжения миокарда (коронарогенный, ишемический компонент),
- - инфекционно-воспалительных и иммунных (аутоиммунных, иммунокомплексных) поражений миокарда и нередко сосудов сердца, т.е. с коронарогенным, ишемическим компонентом (инфекционные заболевания, сепсис, ревматические и аутоиммунные болезни, миокардиты).

Относительная гипоксия возникает при различных аритмиях, гипертрофии миокарда, артериальной гипо- и гипертензии, легочной гипертензии, пороках сердца, а также многих других состояниях, включая хирургические вмешательства и травмы [1, 8, 11-13]. Некоронарогенные некрозы миокарда могут наблюдаться при кардиомиопатиях, тяжелых заболеваниях с сердечной, почечной, печеночной, легочной или полиорганной недостаточностью, тяжелых анемиях, сепсисе и шоке любого генеза, а также в послеоперационном периоде, терминальном состоянии и при реанимационной болезни (примеры 17-23) [9, 20-27].

Пример 17

- *Основное заболевание:* Алкогольный субтотальный смешанный панкреонекроз. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата) (K85).
- *Фоновое заболевание:* Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз (F10.2).

- *Осложнения основного заболевания:* Панкреатогенный (ферментативный) шок. **Некрозы миокарда** в области передней и боковой стенок левого желудочка. Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. Отек головного мозга.
- *Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Панкреатогенный шок

б) Алкогольный панкреонекроз (К85)

в)

г) —.

II. Хроническая алкогольная интоксикация (F10.2)

Операция лапаратомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

Пример 18

- *Основное заболевание:* Узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого с массивным распадом опухоли (…- гистологически). Множественные метастазы рака в … лимфатические узлы, в кости (…), печень, … (T4N1M1) (C34.1).
- *Фоновое заболевание:* ХОБЛ в стадии обострения: (с) Хронический обструктивный гнойный бронхит. Диффузный сетчатый и перибронхиальный пневмосклероз. Хроническая обструктивная эмфизема легких. Очаговая пневмония в … сегментах обоих легкого (этиология). Очаги дисплазии и метаплазии эпителия бронхов (гистологически) (J44.0).
- *Осложнения основного заболевания:* Вторичная легочная гипертензия, легочное сердце (масса сердца - … г, толщина стенки правого желудочка - … см., желудочковый индекс - …). Острое общее венозное полнокровие. Эмпиема плевры слева. **Очаги некроза миокарда в области верхушки**

**сердца и задней стенки левого желудочка.** Отек легких. Отек головного мозга.

- *Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Очаги некроза миокарда

б) Эмпиема плевры

в) Рак левого верхнедолевого бронха с распространенными метастазами (T4N1M1) (C34.1).

г) —.

II. ХОБЛ в стадии обострения с бронхопневмонией (J44.0).

Пример 19

- *Основное заболевание:* Рак левой молочной железы (…-гистологически). Метастазы в … лимфатические узлы, легкие, печень. Лучевая и химиотерапия (….) (T4N1M1) (C50.8).
- *Сочетанное заболевание:* Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения …. (N10).
- *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа, декомпенсированный (биохимия крови — … , дата). Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия (…).
- *Осложнения основного заболевания:* Острое общее венозное полнокровие. Очаговая сливная пневмония в … сегментах левого легкого (этиология). **Очаги некроза миокарда в области верхушки сердца**. Отек легких.
- *Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Очаги некроза миокарда

б) Очаговая пневмония

в) Рак левой молочной железы с распространенными метастазами (T4N1M1) (C50.8).

г) —.

II. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N10)

Пример 20

- *Основное заболевание:* Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек. Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца. Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (1 степень, II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщенные почки (масса обеих почек 160 г) (I13.1).
- *Осложнения основного заболевания:* ХПН, уремия (биохимия крови — …, дата): уремический эрозивно-язвенный пангастрит, фибринозный энтероколит, фибринозный перикардит, жировая дистрофия печени. Хроническое общее венозное полнокровие. **Очаги некроза миокарда** в передней и задней стенках левого желудочка (размеры). Отек легких и головного мозга.
- *Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты, артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Уремия.

б) Гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек (I13.1).

в) —.

г) —.

II. —.

Пример 21

- *Основное заболевание:* Рак дна полости рта (…— гистологически). Метастазы рака в шейные и подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон (T4N1M0) (C04.8).
- *Осложнения основного заболевания:* Некроз метастаза в левом подчелюстном лимфатическом узле с аррозией … артерии. Массивное аррозивное кровотечение. Операция остановки кровотечения (дата). Геморрагический шок (…). Острая постгеморрагическая анемия (данные клинических анализов). Острое общее малокровие внутренних органов.**Очаги некроза миокарда в задней стенке левого желудочка.** Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз.
- *Сопутствующие заболевания:* Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Геморрагический шок

б) Некроз метастаза в лимфатическом узле с аррозией артерии и кровотечением.

в) Рак дна полости рта с метастазами (T4N1M0) (C04.8).

г) —.

II. —.

Пример 22

- *Основное заболевание:* Флегмона верхней и средней трети бедра (L03.1).
- *Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа, стадия декомпенсации (биохимия крови — …, дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия, диабетический нефросклероз. E11.7

- *Осложнения основного заболевания:* Сепсис (бактериологически — …, дата), септицемия, септический шок: синдром системного воспалительного ответа (показатели …). Гиперплазия селезенки (масса …). Синдром полиорганной недостаточности (показатели …). Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. ДВС-синдром. **Некрозы миокарда** задней и боковой стенок левого желудочка.

  Медицинское свидетельство о смерти

  I. а) Сепсис, септический шок

  б) Флегмона верхней и средней трети бедра (L03.1)

  в) —.

  г) —.

  II. Сахарный диабет 2-го типа (E11.7)

Пример 23

- *Основное заболевание:* Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата) (K80.0).
- *Осложнения основного заболевания:* Печеночно-почечная недостаточность, электролитные нарушения (показатели – по клиническим данным). **Очаги некроза миокарда** в области задней и боковой стенок левого желудочка.
- *Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%). Гипертоническая болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого 0,2 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

  Медицинское свидетельство о смерти

  I. а) Очаги некроза миокарда

б) Печеночно-почечная недостаточность

в) Острый флегмонозный перфоративный калькулезный холецистит (K80.0)

г) —.

II. Операция лапаротомии, холецистэктомии, санации и дренирования брюшной полости (дата)

**Примеры оформления патологоанатомических диагнозов и причин смерти,**

**указываемых в медицинском свидетельстве о смерти (МСС).**

**Т.В.Беляева**

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| **1.** | **Основное заболевание.** ВИЧ-инфекция, стадия 4-В (СПИД).<br>**Вторичные заболевания:** 1.Правосторонняя очагово-сливная полисегментарная пневмония. 2. Подострый, очаговый паренхиматозно-межуточный миокардит. 3.Эрозивно-язвенный эзофагит (микотической этиологии). 4. Кандидоз полости рта.<br>**Осложнения:** правосторонний фибринозный плеврит с очагами гнойного расплавления плевры. Двухсторонний гидроторакс. Отек головного мозга, отек легких. Асцит. Спленомегалия. Анемия внутренних органов, по клиническим данным (гемаглобин 65 г\л).<br>**Сопутствующие заболевания.** Хронический смешанный гепатит. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Хронический холецистопенкреатит. Хронический пиелонефрит. Хронический атрофический гастрит с участками эрозирования. Хронический сальпингит. | I. а) Правосторонняя пневмония<br>б) Вич-инфекция (стадия 4-В) **(КОД МКБ: В 20.7)**<br>в) –<br>г) –<br>2. Хронический смешанный гепатит |
| **2.** | **Основное заболевание.** Язвенный энтерит.<br>**Конкурирующее заболевание**. Универсальный атеросклероз (50 % поражения брюшного отдела аорты). Хроническая ишемическая болезнь сердца (масса сердца 980 гр., гипертрофия миокарда правого 0.7 см и левого 2.2 см желудочков, дилятация полостей сердца).<br>Коранарокардиосклероз.<br>**Сочетаное заболевание** – Мелкоузловой цирроз печени<br>**Осложнения** - Кровотечение из язв тонкой кишки (в просвете толстой кишки темно-бордовая жидкая кровь, ампулярный отдел растянут, | I. а) геморрагический шок<br>б) кровотечение<br>в) язвы толстой кишки<br>**Код МКБ: К63.3**<br>II. Хроническая ишемическая болезнь сердца. |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | аналогичной кровью). Геморрагический шок (гемоглобин – 40 г\л).<br>Застойная недостаточность кровообращения (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит, отеки нижних конечностей).<br>**Сопутствующее заболевание** – Фибромиома тела матки. | |
| **3.** | **Основное заболевание.** Камень желчного протока с холециститом.<br>**Осложнения.** Закупорка желчного протока, холангит, механическая желтуха, печеночная недостаточность, асцит.<br>**Сочетанное заболевание:** Мелкоузловой цирроз печени, ХИБС.<br>**Сопутствующие заболевания.** Хронический бронхит. Хронический пенкреатит. Хронический эзофагит. Хронический атрофический гастрит. | II. а) печеночная недостаточность<br>б) закупорка желчного протока<br>в) камень желчного протока с холециститом **(КОД МКБ: К 80.4)** |
| **4.** | **Основное заболевание.** Двухсторонняя пневмония<br>**Осложнения.** Легочно-сердечная недостаточность. Гидроперикард. Гидроторакс.<br>**Сочетанное заболевание:** вирусный гепатит «С»<br>**Сопутствующие заболевания.** Хронический бронхит. Хронический эзофагит. Хронический атрофический гастрит. Инъекционная наркомания | II. а) легочно-сердечная недостаточность<br>б) Двухсторонняя пневмония без уточнения возбудителя **(КОД МКБ: G18.9)**<br>в) -<br>II Вирусный гепатит «С»<br>Наркомания |
| **5.** | **Основное заболевание.** Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка сердца на фоне постинфарктного кардиосклероза и стенозирующего коронаросклероза.<br>**Осложнения**. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких). Застойная недостаточность кровообращения (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит, отеки нижних конечностей).<br>**Фоновое заболевание.** Универсальный атеросклероз.<br>**Сопутствующее заболевание** Аденома предстательной железы. Хронический панкреатит на фоне атрофических изменений с жировой инфильтрацией. | I. а) фибриляция желудочков<br>б) Обширный инфаркт миокарда **Код МКБ: I 21.0**<br>в)<br>II. Универсальный атеросклероз |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| **6.** | **Основное заболевание.** Сахарный диабет 2 тип.<br>**Осложнения**. Диабетическая кардиопатия.<br>Коронарокардиосклероз. Хроническая левожелудочковая недостаточность (отек легких). Застойная недостаточность кровообращения (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит, отеки нижних конечностей). Мускатно-жировая печень с циррозированием. Диабетическая нефропатия. Диабетическая ангиопатия.<br>**Сопутствующее заболевание** Хронический атрофический гастрит. | I. а) Фибрилляция предсердий<br>б) Диабетическая кардиопатия<br>в) Сахарный диабет 2 тип с множественными осложнениями **Код МКБ:**<br>**Е 11.7**<br>II. - |
| **7.** | **Основное заболевание.** Переходно-клеточный рак задней стенки мочевого пузыря с распадов, на фоне гнойно-некротического цистита. Операция: эпицистостома, биопсия мочевого пузыря 03.06.13 г.<br>**Осложнения**. Метастазы рака мочевого пузыря в легкие, печень. Раковая интоксикация. Дистрофия миокарда, почек. Асцит. Гидроторакс.<br>**Сочетанное заболевание.** Мелкоузловой цирроз печени.<br>**Сопутствующее заболевание** Аденома предстательной железы. Хронический панкреатит на фоне атрофических изменений с жировой инфильтрацией. Универсальный атеросклероз. | I. а) раковая интоксикация<br>б) Метастазы рака в печень, легкие<br>в) Переходно-клеточный рак задней стенки мочевого пузыря<br>**Код МКБ: С 67.4**<br>II. Мелкоузловой цирроз печени. |
| **8.** | **Основное заболевание.** Язвенная болезнь желудка с кровотечением: каллезная хроническая язва (диаметр 1.5 см) пилорического отдела желудка в области малой кривизны, стадия обострения.<br>**Осложнения.** Аррозия сосуда в дне язвы, состоявшееся массивное желудочное кровотечение (23.08.13 г.). Жидкая кровь и свертки крови в просвете желудка и верхнем отделе тонкой кишки (около 700 мл). Острая постгеморрагическая анемия (гемоглобин – 41 г\л (о\а крови в 19 ч. 46 мин. 23.08.13 г.), острое общее малокровие. Геморрагический шок.<br>**Сочетанное заболевание** – мелкоузловой цирроз печени. Вирусный гепатит «С».<br>**Сопутствующие заболевания.** Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. | V. а) геморрагический шок<br>б) желудочное кровотечение<br>в) язвенная болезнь желудка с кровотечением<br>**(КОД МКБ: К 26.4)**<br><br>II. Мелкоузловой цирроз печени. Вирусный гепатит «С». |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | | |
| **9.** | **Основное заболевание.** – низкодифференцированная аденокарцинома восходящего отдела ободочной кишки<br>**Конкурирующее заболевание**. Универсальный атеросклероз (10 % поражения брюшного отдела аорты). Хроническая ишемическая болезнь сердца (масса сердца 880 гр., гипертрофия миокарда правого 0.7 см и левого 2.2 см желудочков, дилатация полостей сердца). Коранарокардиосклероз.<br>**Осложнения** - перфорация опухоли толстой кишки на переднюю брюшную стенки, с формированием свища. Застойная гипостатическая пневмония.<br>Застойная недостаточность кровообращения (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит, отеки нижних конечностей).<br>**Сопутствующее заболевание** – гнойно-некротический гепатит. Фибромиома тела матки. Хронический атрофический гастрит. Хронический пиелонефрит. Анемия (гемоглобин 62 г\л) | I. а) застойная гипостатическая пневмония<br>б) перфорация опухоли на переднюю брюшную стенку с формированием свища<br>в) низкодифференцированная аденокарцинома восходящего отдела ободочной кишки **Код МКБ: С 18.2**<br>II. Хроническая ишемическая болезнь сердца. |
| **0.** | **Основное заболевание.** Абсцесс правого легкого с пневмонией.<br>**Осложнения.** Тромбоэмболия мелких ветвей легочных аретерий. Легочно-сердечная недостаточность. Отек мозга. Дистрофия миокарда, печени, почек.<br>**Сопутствующие заболевания.** Хроническая язва желудка на фоне атрофического гастрита. Хронический перихолангиолярный гепатит. Очаговый кардиосклероз. | а) Тромбоэмболия мелких ветвей легочных артерий<br>б)<br>в) Абсцесс легкого с пневмонией **КОД МКБ: G 85.1)**<br>II Хроническая язва желудка в стадии обострения. |
| **11.** | **Основное заболевание –**Внутримозговая гематома в области подкорковых ядер правой лобно-височной области (объем 6,0*5,0см)<br>**Осложнение –** прорыв крови п полость правого бокового и частично левого бокового желудочков головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией его ствола. | I. А) отек головного мозга с дислокацией его ствола.<br>Б) прорыв крови в желудочки головного мозга<br>В) внутримозговая гематома |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | **Фоновое заболевание** – Гипертоническая болезнь 3 ст., риск 4. Концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390,0 гр.; толщина миокарда левого желудочка 1,9 см, правого 0,8 см), артериосклеротический нефросклероз.<br>**Сопутствующие заболевания** – Атеросклероз аорты 20% поражения брюшного отдела. Хронический атрофический гастрит. Модулярная аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты. | **Код МКБ (I 61.0)**<br>II.Гипертоническая болезнь.<br>**Код МКБ (I 10)** |
| **12.** | **Основное заболевание –** некроз поджелудочной железы.<br>**Осложнение –** шок с глубокими токсическими и циркуляторными нарушениями.<br>Острая почечная недостаточность с геморрагиями чудесной сети и ее некрозами, с белковыми цилиндрами канальцев. Гнойно-некротический оментит.Дистрофия миокарда.<br>**Сопутствующие заболевания** – Артериальная гипертония. Хронический перихолангиолярный гепатит. Нодулярная аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты. | I.А)ферментативно-токсический шок.<br>Б)<br>В) некроз поджелудочной железы<br>**Код МКБ (86.8)**<br>II. Нодулярная аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты. |
| **13.** | **Основное заболевание –** Остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния (2004 год).<br>**Осложнение –** Застойная гипостатическая пневмония. Отек мозга. Застойное полнокровие внутренних органов. Гнойно-некротические пролежни крестцово-ягодичной области.<br>**Сочетанное заболевание** – Хроническая ишемическая болезнь сердца атеросклеротической этиологии. Гипертоническая болезнь.<br>**Фоновое заболевание** – Инсулинзависимый сахарный диабет.<br>**Сопутствующие заболевания** – Хронический атрофический гастрит. | I.а) Застойная гипостатическая пневмония<br>б) Остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния<br>**Код МКБ I69.1**<br>II. Сахарный диабет. |
| **14.** | **Основное заболевание.** Язва 12 перстной кишки.<br>**Осложнения**.- Пенитрация язвы 12 перстной кишки в поджелудочную железу. Кровотечение (свежее) из язвы 12 перстной кишки (в просвете желудка, 12 перстной кишки, тонкого и толстого кишечника темно- | I. а) геморрагический шок<br>б) дуоденальное кровотечение<br>в) язва 12 перстой кишки<br>**Код МКБ: К26.0** |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | бордовая кровь и сгустки). Геморрагический шок (гемоглобин – 47, 48, 50, 56, 61 г\л). | II. ----- |
| **15.** | **Основное заболевание.** Цирротический туберкулез легких. Очищенные каверны левого легкого с массивным фиброзом и деформацией легочной ткани. Легочное сердце (масса сердца 320 гр, толщина стенки левого желудочка 2.3 см, правого 0,8 см) ).<br>**Осложнения**.- хроническое общее венозное полнокровие. Мускатно-жировая печень с циррозированием.<br>**Конкурирующее заболевание** - рак верхней доли левого легкого с МТС в перибронхиальном л\у.<br>**Сопутствующее заболевание** - аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты, хронический простатит. Хронический атрофичесий гастрит. | I. а) Хроническая сердечно-легочная недостаточность<br>б) Легочное сердце<br>в) Цирротический туберкулез легких<br>**Код МКБ: (А16.0)**<br>II. Рак верхней доли левого легкого |
| **16.** | **Основное заболевание.** Рак желудка (умеренно-дифференцированная аденокарцинома) с прорастанием в селезенку, поджелудочную железу, жировую капсулу левой почки, левый надпочечник, серозу селезеночного угла толстой кишки (T4N1M1). Метастазы рака в лимфатические узлы сальника и бифуркационный лимфатический узел. Канцероматоз диафрагмы.<br>**Осложнения** - раковая кахексия. Бурая атрофия миокарда, печени. Кровотечение из распадающейся опухоли. Гидроторакс.<br>**Сопутствующие заболевания** - Атеросклероз аорты (60% брюшного отдела по Автандилову) и артерий сердца (15% стеноза); очаговый кардиосклероз. Калькулезный холецистит. Возрастная эмфизема легких. | I. а) раковая кахексия<br>б) метастазы рака, канцероматоз<br>в) злокачественное новообразование тела желудка<br>**Код МКБ: С 16.2**<br>II. Атеросклероз аорты. |
| **17.** | **Основное заболевание.** Рак поджелудочной железы (умеренно-дифференцированная аденокарцинома с участками низкодифференцированного строения) с метастазами в печень, л\у, сальник, серозу желудка и толстой кишки (T4N1M1).<br>**Осложнения**.- раковая интоксикация. Бурая атрофия миокарда, печени. | I. а) раковая интоксикация<br>б) метастазы рака в печень<br>в) злокачественное новообразование поджелудочной железы<br>**Код МКБ: С 26.0** |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | Асцит. Нижнедолевая застойная пневмония.<br>**Сопутствующие заболевания** - Атеросклероз аорты (10% брюшного отдела по Автандилову) | II.Атеросклероз аорты. |
| **18.** | **Основное заболевание.** Двухсторонняя не уточненная пневмония.<br>**Сочетанное заболевание**: Пневмосклероз. Жировой гепатоз.<br>**Осложнения** - легочно-сердечная недостаточность, миокардит, гидроторакс, асцит, гидроперикард.<br>**Сопутствующие заболевания** - Хронический атрофический гастрит. Хронический панкреатит. | I.а)легочно-сердечная недостаточность<br>б) миокардит<br>в) Пневмония не уточненная<br>**Код МКБ: G18.9**<br>II. Пневмосклероз |
| **19.** | **Основное заболевание.** Крупноочаговый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка сердца на фоне коронаросклероза.<br>**Осложнения**. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).<br>**Фоновое заболевание.** Универсальный атеросклероз.<br>**Сопутствующее заболевание** Аденома предстательной железы. Хронический панкреатит на фоне атрофических изменений с жировой инфильтрацией. | I.а) фибриляция желудочков<br>б) Обширный инфаркт миокарда<br>**Код МКБ: I 21.0**<br>в)<br>II. Универсальный атеросклероз |
| **20.** | **Основное заболевание.** Плоскоклеточный неороговевающий рак нижней доли правого легкого.<br>**Осложнения** - МТС рака в средостение, подмышечный узел слева, перибронхиальные л\у, хроническое общее венозное полнокровие. Мускатно-жировая печень. Раковая кахексия. Застойная гипостатическая пневмония.<br>**Сопутствующее заболевание** - аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты, хронический простатит. Хронический атрофичесий гастрит. Перихолангиолярный гепатит. | I. а) раковая кахексия<br>б) множественные метастазы рака<br>в) Злокачественное образование нижней доли легкого<br>**Код МКБ: С 34.3**<br>II.Аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты. |
| **21.** | **Основное заболевание.** Ущемленная пупочная грыжа<br>**Осложнения**.- Тромбоз сосудов сальника с последующим тромбозом мезентериальных сосудов. Гангрена тонкого и толстого кишечника. | I.а)легочно-сердечная недостаточность<br>б)<br>в) Ущемленная пупочная грыжа с |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | Ограниченный перитонит. Легочно-сердечная недостаточность. Полнокровие внутренних органов. Дистрофия внутренних органов.<br>**Сопутствующее заболевание** - Универсальный атеросклероз (90% площади поражения брюшного отдела аорты по Автандилову). Коронарокардиосклероз. Возрастная эмфизема легких. Серозные (атеросклеротические) кисты в почках. Хронический атрофический гастрит. | гангреной кишки<br>**Код МКБ: К 42.1**<br>II. Универсальный атеросклероз |
| **22.** | **Основное заболевание –** Приобретенная миастения. Миастенический криз (по клиническим данным 02.09.15 г.)<br>**Осложнение –** Застойная гипостатическая пневмония. Отек мозга. Застойное полнокровие внутренних органов.<br>**Сочетанное заболевание** – Хроническая ишемическая болезнь сердца атеросклеротической этиологии. Гипертоническая болезнь.<br>**Сопутствующие заболевания** – Хронический атрофический гастрит. | I. а) Застойная гипостатическая пневмония<br>б) Миастенический криз<br>в) Приобретенная миастения<br>**Код МКБ G 70.2**<br>II. Гипертоническая болезнь |
| **23.** | **Основное заболевание.** Грипп *(H1N1- калифорния 09)*<br>**Осложнения.** Двухсторонняя тотальная пневмония Легочно-сердечная недостаточность. Гидроперикард. Гидроторакс.<br>**Сопутствующие заболевания.** Бронхиальная астма, средне-тяжелое течение. Сахарный диабет. 2 тип. Ожирение 2 ст. Гипертоническая болезнь. | а) легочно-сердечная недостаточность<br>б) Двухсторонняя тотальная пневмония<br>в) Грипп *(H1N1- калифорния 09)*<br>**Код МКБ J10.0**<br>II Сахарный диабет 2 тип. |
| **24.** | **Основное заболевание.** Двухсторонний туберкулез легких<br>**Осложнения**.- казеозный лимфоаденит лимфоузлов средостения, пароаортальных и брыжеечных; хроническое общее венозное полнокровие. Легочно-сердечная недостаточность. Дистрофические изменеия внутренних органов.<br>**Сопутствующее заболевание** - Хронический перихолангиолярный гепатит, жировой гепатоз. Хронический атрофичесий гастрит. | I.а)сердечно-легочная недостаточность<br>б) Казеозный лимфоаденит<br>в)Туберкулез органов дыхания подтвержденный бактериологически и гистологически<br>**Код МКБ: (А15.6)** |
| **25.** | **Основное заболевание.** Двухстороняя казеозная пневмония с распадов и | I.а)сердечно-легочная недостаточность |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | формированием верхушечной каверны в левом легком.<br>**Осложнения** - хроническое общее венозное полнокровие. Легочно-сердечная недостаточность. Легочное кровотечение.<br>**Сопутствующее заболевание** - аденоматозно-кистозная гиперплазия простаты, хронический простатит. Хронический атрофичесий гастрит. | б) Легочное кровотечение<br>в) Туберкулез органов дыхания подтвержденный бактериологически и гистологически<br>**Код МКБ: (А15.6)** |
| **26.** | **Основное заболевание.** Язва 12 перстной кишки хроническая или не уточненная с прободением **Код МКБ: (К 26.5)**<br>Операция (релапоротомия) 31.10.15 г. - срединная лапаротомия, с дополнительным разрезом по Федорову, ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративного отверстия задней стенки 12 перстной кишки, установка назо-гастро-интерстинального зонда, санация и дренирование брюшной полости**.**<br>**Осложнения**- гнойно-некротический оментит, разлитой гнойный перитонит. Ререлапоротомия 1.11.15 г. - через верхне-срединрную послеоперационную рану, некрэктомия, пилородуаденопластика по Финнеко. Некроз печеночного угла ободочной кишки. Релапоротомия № 3 - гемиколэктомия справа в выведением концевой илеостомы. Релапоротомия № 4 - санационная програмированная, дренирование брюшной полости. Застойная гипостатическая пневмония, очаговый панкреонекроз, перикардит, некроз эпителия канальцев, септическая селезенка, дистрофические изменения и полнокровие внутренних органов.<br>**Сочетанное заболевание** - острый флегмонозный аппендицит (по клиническим данным, нет гистологического исследования удаленного аппендикса). Операция - аппендектомия 30.10.15г. | I. а) застойная гипостатическая пневмония<br>б) разлитой гнойный перитонит<br>в) Язва 12 перстной кишки хроническая или не уточненная с прободением<br>**Код МКБ: (К 26.5)**<br>II. состояние после аппендектомии 30.10.15 г. |
| **27.** | **Основное заболевание.** Рак поджелудочной железы (умеренно-дифференцированная аденокарцинома с участками низкодифференцированного строения) с метастазами в печень, л\у, сальник, серозу желудка и толстой кишки (T4N1M1). | I. а) раковая интоксикация<br>б) метастазы рака в печень<br>в) злокачественное новообразование поджелудочной железы |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | **Осложнения**.- раковая интоксикация. Бурая атрофия миокарда, печени. Асцит. Нижнедолевая застойная пневмония.<br>**Сопутствующие заболевания** - Атеросклероз аорты (10% брюшного отдела по Автандилову) | **Код МКБ: С 25.8**<br>II. Атеросклероз аорты. |
| **28.** | **Основное заболевание.** Плоскоклеточный неороговевающий рак верхней доли правого легкого<br>**Осложнения** - МТС рака в средостение, перибронхиальные л\у, хроническое общее венозное полнокровие. Мускатно-жировая печень. Раковая кахексия. Застойная гипостатическая пневмония.<br>**Сопутствующее заболевание** - Хронический атрофичесий гастрит. Перихолангиолярный гепатит. | I. а) раковая кахексия<br>б) множественные метастазы рака<br>в) Злокачественное образование верхней доли легкого<br>**Код МКБ: С 34.1**<br>II. Универсальный атеросклероз |
| **29.** | **Основное заболевание.** Острый инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого предсердия сердца на фоне очагового кардиосклероза.<br>**Осложнения**. ТЭЛА, инфаркты легкого. Застойная недостаточность кровообращения (двусторонний гидроторакс, гидроперикард, асцит, отеки нижних конечностей).<br>**Фоновое заболевание.** Универсальный атеросклероз.<br>**Сопутствующее заболевание** Гипертоническая болезнь. Хронический простатит. Хронический панкреатит на фоне атрофических изменений с жировой инфильтрацией. Жировой гепатоз. | I. а) ТЭЛА<br>б) Острый верхне-боковой инфаркт миокарда<br>**Код МКБ: I 21.2**<br>в)<br>II.Универсальный атеросклероз. Гипертоническая болезнь. |
| **30.** | **Основное заболевание**. Синдром дыхательных расстройств с множественными ателектазами и участками гипоплазии ткани легких, с гемосидерином, геморрагиями.<br>**Фон.** Внутриутробная гипоксия. | а) Синдром дыхательных расстройств с множественными ателектазами и участками гипоплазии ткани легких, с гемосидерином, геморрагиями. **Р22.0**<br>б) |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| | **Непосредственная причина смерти**. Острая легочно-сердечная недостаточность. | в) Внутриутробная гипоксия |
| **31.** | **Основное заболевание**. Пневмопатия:геалиновые мембраны в легких.<br>**Сочетанное заболевание** ВУИ (цитомегаловирусное поражение печени).<br>**Осложнения** Внутриутробная, прогрессирующая гипоксия плода. Венозное полнокровие головного мозга с отеком. Венозное полнокровие внутренних органов. Асцит. Гидроторакс. Асфиксия новорожденного.<br>**Непосредственная причина смерти** асфиксия новорожденного<br>**Патология последа** – хроническая дыхательная плацентарная недостаточность, очаговый амнионит. Краевое прикрепление пуповины, короткая пуповина.<br>**Патология беременности** – 2 беременность роды в сроке 36 недель. ВУИ. Гестоз (гипертензия, отеки). Кесарево сечение. Отягощенный акушерский анамнез: 1 беременность - самопроизвольный выкидыш. Резус конфликтная беременность. | а) асфиксия новорожденного **код МКБ: Р21.0**<br>б) Пневмопатия: геалиновые мембраны легких **код МКБ: Р22.0**<br>в) Беременность 36 недель. ВУИ (носительство ЦМВ и токсоплазмоза)<br>г) Гестоз. Носительство ВУИ. Отягощенный акушерский анамнез.<br>д) Кесарево сечение |
| **32.** | **Основное заболевание**. Пневмопатия: геалиновые мембраны в легких.<br>**Сочетанное заболевание** ВУИ (не уточненная форма, не исключается токсоплазмоз).<br>**Осложнения** Внутриутробная, прогрессирующая гипоксия плода. Венозное полнокровие головного мозга с резким отеком. Венозное полнокровие внутренних органов. Асцит. Гидроторакс. Асфиксия новорожденного.<br>**Непосредственная причина смерти** асфиксия новорожденного<br>**Патология беременности** – Срочные 2 роды. ОАГА (1-й ребенок умер на 7 сутки после родов, 2 беременность – замершая в сроке 12-13 недель.)<br>Преждевременное излитие околоплодных вод. Длительный безводный период (14 часов). Отеки беременных. Патология пуповины. Однократное не тугое обвитие вокруг шеи. | а) асфиксия новорожденного **код МКБ: Р21.0**<br>б) Пневмопатия: геалиновые мембраны легких **код МКБ: Р22.0**<br>в) Беременность 39-40 недель. ВУИ (носительство токсоплазмоза)<br>г) Гестоз. Отягощенный акушерский анамнез. |

| п/п | Патологоанатомический диагноз | МСС |
|---|---|---|
| **33.** | **Основное заболевание**. Пневмопатия: ателектатическая форма в сочетании с отечно-геморрагическим синдромом.<br>**Сочетанное заболевание** Хроническая ВУИ (по клиническим данным)<br>**Осложнения** Венозное полнокровие головного мозга с отеком. Венозное полнокровие внутренних органов. Асцит. Гидроторакс. Асфиксия новорожденного.<br>**Непосредственная причина смерти** асфиксия новорожденного<br>**Патология беременности** – Беременность 40 недель. Срочные 1 роды. Тазовое предлежащие. Преждевременное излитие околоплодных вод. | а) асфиксия новорожденного **код МКБ: Р21.0**<br>б) Пневмопатия: ателектатическая форма **код МКБ: Р22.0**<br>в) Беременность 40 недель. ВУИ<br>г)Тазовое предлежание. Преждевременное излитие околоплодных вод. |
| **34.** | **Основное заболевание –** Внутриутробная гипоксия плода, впервые отмеченная во время родов и родорозрешения.<br>**Осложнения –** Асфиксия новорожденного. Подострая легочно-сердечная недостаточность. Застойное полнокровие внутренних органов. Отек мозга. Гидроперикард.<br>**Сочетанное заболевание** - хроническая ВУИ (ЦМВ, ВПГ, краснуха).<br>**Патология беременности –** Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Острая гипоксия плода. Однокартное обвитие пуповины вокруг шеи.<br>**Патология последа** – Хроническая дыхательная плацентарная недостаточность, очаговый базальный децидуит. | а) Асфиксия тяжелая при рождении **Код МКБ: Р21.0**<br>б) Внутриутробная гипоксия плода, впервые отмеченная во время родов и родорозрешения. **Код МКБ: Р02.5**<br>в) Поражение плода и новорожденного обусловленные другими видами сдавления пуповины (обвитие шеи ребенка пуповиной) **Код МКБ: Р 02.5**<br>г) хроническая ВУИ (ЦМВ, ВПГ. краснуха) |
| **35.** | **Основное заболевание –** Неонатальная аспирация мекония.<br>**Осложнения –** легочно-сердечная недостаточность. Застойное полнокровие внутренних органов. Отек мозга. Гидроперикард.<br>**Патология беременности –** Срочные оперативные роды 2, в сроке 42 недели. Преэклампсия. Варикозная болезнь. Острая внутриутробная гипоксия плода. Ларинготрахеит. | I.а)легочно-сердечная недостаточность<br>б)<br>в) неонатальная аспирация мекония. **Код МКБ: Р 24.0**<br>г) Преэклампсия |

## Рекомендации

## по кодированию травм при дорожно-транспортных происшествиях в соответствии с МКБ-10

### Принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости при травмах

Правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации помощи пациенту и является одним из ценных источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости и других проблемах, связанных с оказанием медицинской помощи.

Практикующий врач, при оформлении первичной медицинской документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние (травму) для регистрации, а так же записать сопутствующие состояния.

Принципы кодирования причин смерти **при** травмах

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

•болезнь или травма, **вызвавшая цепь событий,** непосредственно **приведших к смерти;**

**• обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.**

**Подпункты 2-8 пункта 15** - должны обязательно соответствовать коду внешней причины. Основанием для заполнения вышеуказанных подпунктов служат постановление или направление правоохранительных органов о назначении судебно-медицинского исследования (экспертизы) и данные анамнеза (катамнеза).

Пункт 16 - сначала указывается дата травмы, затем место и обстоятельства, при которых произошла травма.

Данные берутся из постановления или направления правоохранительных органов о назначении судебно-медицинского исследования (экспертизы), первичной медицинской документации и данных анамнеза (катамнеза), где должны быть указаны следующие сведения:

- тип транспортного средства, причинивший смертельную травму, или столкнувшихся транспортных средств (МКБ-10 том 1, часть 2, стр. 382-385);
- имел ли место транспортный несчастный случай без столкновения;
- описание транспортного происшествия: раздавливание, волочение, удар, переезд и др. (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 385-388);
- статус погибшего(ей) — водитель, пассажир, пешеход или лицо, находившееся снаружи транспортного средства;
- дорожное или недорожное происшествие.

Следует обратить внимание, что некоторые сведения данного пункта должны соответствовать четырехзначной подрубрике (4-му знаку) кода внешней причины.

В подразделе «место и обстоятельства, при которых произошла травма» следует подробно указать данные, достаточные для определения кода внешней причины.

Например:

«пострадал при столкновении легкового и тяжелого грузового автомобиля, как пассажир легкового автомобиля в результате дорожного происшествия»;

«была сбита легковым автомобилем на 171 км автотрассы «Москва-Дон»;

«получил травму при опрокидывании автобуса в результате дорожного происшествия».

В **пункте** 17 подчеркивается, кем установлены причины смерти:

1.врачом, только установившим смерть

2.врачом, лечившим умершего

3.фельдшером

4.патологоанатомом

5.судебно-медицинским экспертом

Как правило, Свидетельства при дорожно-транспортных происшествиях заполняются судебно-медицинскими экспертами.

В пункте 18 указывается фамилия, имя и отчество врача (фельдшера) и его должность, а также подчеркивается удостоверяемое основание (может быть только одно):

1. осмотр трупа - данное основание должно применяться с осторожностью, так как касается тех причин смерти, которые можно определить только при осмотре. Недопустимо применение формулировок симптомов и других неуточненных состояний;

2. записи в медицинской документации - если эти записи являются достаточным основанием для определения причин смерти;

3. предшествующее наблюдение за больным;

4. вскрытие - при этом следует руководствоваться приказом Минздравмедпрома от 29.04.94 г. № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий», где определены заболевания (состояния), при которых отмена вскрытия не допускается.

**Пункт 19** Свидетельства должен быть заполнен на основании первичной медицинской документации — «посмертного эпикриза», в заключительной части которого должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический, или патологоанатомический диагноз с осложнениями, формулировка внешней причины, фоновые, конкурирующие и сопутствующие состояния.

Заполнение Свидетельства судебно-медицинскими экспертами производится на основании акта (заключения) судебно-медицинского исследования трупа.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями (письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.09 г. №14-6/10/2-178).

В каждом подпункте части Iуказывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в).

Для заполнения первых трех строк части I, как правило, чаще всего используются коды из класса XIX«Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин».

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

Заполнение первых трех строк части Iпункта 19 Свидетельства производится в обратной последовательности к основному состоянию с осложнениями: формулировка основного состояния (травмы) заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины.

В части Iпункта 19 может быть записана только **одна** нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

Часть IIпункта 19 включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, или состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор

только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное состояние и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть IIпункта 19 Свидетельства.

Не рекомендуется включать в Свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Свидетельстве кодируют все записанные состояния, включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимо-связанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При

этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

После заполнения всех необходимых строк пункта 19 Свидетельства необходимо присвоить код всем записанным состояниям и найти первоначальную причину смерти.

Если Свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке раздела I. Если при заполнении Свидетельства требования не соблюдены, то следует применить правила выбора и модификации, изложенные в томе 2 МКБ-Х.

**Особенности кодирования внешних причин и травм, связанных с дорожно-транспортными происшествиями.**

Класс XX«Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01-**Y98)** содержит 4 основных блока:

**1.Несчастные случаи** - V00-X59

- транспортные - V00-V99
- другие внешние причины - W00-X59

2.Самоубийства - X60-X84

**3.Убийства**- X85-Y09

4.Повреждения **с неопределенными намерениями** - Y10-Y34 Реже используются:

Y35-Y36 — действия, предусмотренные законом и военные операции Y40-Y84— осложнения терапевтических и хирургических вмешательств

Y85-Y89 - последствия воздействия внешних причин Y90-Y98 - дополнительные факторы

Для кодирования транспортных несчастных случаев - подраздела несчастных случаев из класса XX«Внешние причины заболеваемости и смертности» используют коды V00-V99.

**Транспортный несчастный случай** (коды V01-V99) - любой несчастный случай, связанный с устройством, которое предназначено главным образом или используется в данное время для перевозки пассажиров или грузов (МКБ-10, т. 1, ч. 2, стр. 380).

Транспортные несчастные случаи подразделяются на дорожные и недорожные.

**Дорожный несчастный случай** - это любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, произошедший на общественной автомагистрали (т.е. начинающийся, заканчивающийся или частично связанный с нахождением этих средств на автомагистрали).

**Общественная автомагистраль** (шоссе) или улица - вся ширина полосы между границами владений или другими ограничительными линиями всякого

проезжего пути или места, какая либо часть которого открыта для движения общественного транспорта или отдельных лиц согласно обычаю или закону. Проезжая часть - это часть общественной дороги, предназначенная, поддерживаемая и обычно используемая для движения транспортных средств.

**Недорожный несчастный случай** - любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, происшедший в любом месте, кроме общественной автомагистрали (МКБ-10, т. 1, ч. 2, стр. 381).

Если происшествие не уточнено как дорожное и недорожное, то его следует рассматривать:

- как дорожный несчастный случай - в рубриках V10-V82 и V87;
- как недорожный несчастный случай - в рубриках V83-V86.

Следует помнить, что:

- преднамеренное самоповреждение путем прыжка под движущийся объект или лежания перед ним кодируется X81.-;
- преднамеренное самоповреждение посредством аварии моторного транспортного средства кодируется X82.-;
- нападение путем толкания под движущийся объект или укладывания жертвы перед ним кодируется Y02.-;
- нападение путем наезда моторным транспортным средством кодируется Y03.-;
- падение, лежание или бег перед движущимся объектом или на него с неопределенными намерениями кодируется Y31.-;
- удар моторного транспортного средства кодируется Y32.-;
- как транспортный несчастный случай (коды V00-V99) кодируются: падение внутри или из транспортного средства, сжатие (раздавливание) транспортным средством, утопление в транспортном средстве, воздействие дыма, огня и пламени, связанного с транспортным средством;
- отравления отработанным газом двигателя моторного

транспортного средства кодируются: как несчастный случай - X47.-; как преднамеренное самоотравление - X67.-; как нападение с применением газов - X88.-; как отравление газом двигателя моторного транспортного средства с неопределенными намерениями - Y17.-

Четвертый знак кодов внешних причин (для рубрик W00-Y34, за исключением Y06-Y07) - это код места происшествия (т. 2 МКБ-10, стр. 375):

0 —дом

1 - специальное учреждение для проживания

2— школа, другие учреждения и общественный административный район

3 - площадки для занятий спортом и спортивных соревнований

4 - улица или автомагистраль

5 - учреждение и район торговли и обслуживания

6 - производственные и строительные площадки и помещения

7 - ферма

8 - другие уточненные места

9 - не уточненное место

Для дополнительной характеристики рубрик V01-Y34 используется также пятый знак - код вида деятельности (т.2 МКБ-10, стр. 379).

Особенности кодирования внешних причин представлены в Таблице (приложение).

Для кодирования характера травм при дорожно-транспортных происшествиях используют преимущественно коды класса XIX«Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин». Класс XIX (S00-T98) делится на блоки.

Блоки раздела S, так же как и рубрики T00-T14 и T90-T98 классифицируются по типам:

- поверхностная травма
- открытая рана

- перелом
- вывихи, растяжения и перенапряжение суставов и связок
- травма нервов и спинного мозга
- повреждение кровеносных сосудов
- повреждение мышц и сухожилий
- размозжения (раздавливание)
- травматическая ампутация
- травма внутренних органов
- другие и неуточненные травмы

В данном классе раздел, обозначенный буквой S, используется для кодирования различных видов травм, относящихся к какой-то определенной области тела, а раздел с буквой T - для кодирования множественных травм и травм отдельных неуточненных частей тела, а также отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

При наличии единичной травмы, послужившей причиной смерти, в качестве первоначальной причины выбирается эта единичная травма, и она расписывается на строках а), б) и в) с соблюдением логической последовательности.

Когда заголовок указывает на множественный характер травмы, союз «с» означает одновременное поражение обоих названных участков тела, а союз «и» - как одного, так и обоих участков.

Множественное кодирование можно применять в пределах рубрик. Во многих рубриках имеются подрубрики с четвертым знаком .7 - для множественных травм одного типа, поразивших одну и ту же часть тела или, когда имеются 2 и более травмы в пределах данной рубрики.

В последних рубриках каждого блока имеются подрубрики с четвертым знаком .7 — для множественных травм различных типов, поразивших одну и ту же часть тела.

Если при множественных травмах, поразившие разные части тела нельзя выделить «основное» состояние, используют раздел с буквой Т (Т00-Т06.8; Т29.0-Т29.7).

Так как причины смерти при дорожно-транспортных происшествиях чаще всего определяют при судебно-медицинских вскрытиях, следует помнить, что диагноз должен быть максимально уточнен, поэтому недопустимо использовать такие формулировки, как «травмы нескольких областей тела», «другие уточненные травмы» и т.д.

В этих случаях отсутствует информация для проведения статистического анализа, необходимого для планирования и оперативного изменения сети и штатов учреждений здравоохранения.

Классификация переломов на открытые и закрытые может быть отражена в факультативной подрубрике (пятый знак) для дополнительной характеристики:

0 - закрытый

1 - открытый

Если перелом не охарактеризован как открытый или закрытый, его следует классифицировать как закрытый.

**Необходимо помнить** об особенностях кодирования в следующих случаях:

1.при наличии внутренней травмы в сочетании с поверхностными травмами или открытыми ранами, в качестве «основного состояния» следует выбирать внутреннюю травму;

2.при сочетании перелома костей черепа и лицевых костей с внутричерепной травмой, предпочтение в статистике заболеваемости отдают внутричерепной травме, а в статистке смертности - перелому;

3.при внутричерепном кровоизлиянии в сочетании с другими травмами только головы (кроме переломов костей черепа и лицевых костей) выбирают внутричерепное кровоизлияние;

4.при переломах с открытыми ранами той же локализации, предпочтение отдают перелому.

При кодировании первоначальной причины смерти нельзя использовать в качестве самостоятельных коды рубрик со звездочкой - «*» (МКБ-10, 2 т., стр.28), а также коды, перечисленные в таблице 2 (МКБ-10, 2 т., стр. 72).

Если травма упоминается с диагнозом столбняк (А35) или произошла вследствие эпилепсии (G40-G41), то первоначальной причиной смерти следует считать эти заболевания.

Если поверхностные травмы, относящиеся к рубрикам S00, S10, S20, S30, S40,S50, S60, S70, S80, S90, TOO, T09.0, T11.0 - сочетаются со стрептококковым сепсисом (А40.-), другим сепсисом (А41.-) или рожей(А46.Х), то первоначальной причиной смерти следует считать эти заболевания.

Формулировки и коды травм и внешних причин, записанных в разделе IIп.19 Свидетельства, могут применяться для дополнительной статистической разработки по множественным причинам смерти.

**Особенности кодирования последствий травм**

Блок «Последствия травм и отравлений» (Т90-Т98) включает подрубрики:

Т90 - Последствия травм головы

Т91 - Последствия травм шеи и туловища

Т92-Т93 - Последствия травм конечностей

Т94 - Последствия травм, захватывающих несколько областей тела, и травм неуточненной локализации

Т95 - Последствия термических и химических ожогов и отморожений

Т96 - Последствия отравлений лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами

T97 - Последствия токсического действия веществ преимущественно немедицинского назначения

T98 - Последствия других и неуточненных воздействий внешних причин

Перечисленные последствия следует использовать для обозначения состояний, указанных в рубриках S00-S99 и T00-T88, в качестве причины отдаленных последствий, которые сами классифицированы в других рубриках. Понятие «последствие» включает эти состояния как таковые или как отдаленные эффекты, сохраняющиеся в течение года или более после острой травмы.

В статистике заболеваемости в качестве «основного» заболевания используют конкретные состояния, которые явились результатом травмы. Рубрики последствий T90-T98 применяются только в случаях смерти.

При наличии формулировок и кода «Последствий» на строках а), б), в) раздела I, - обязательно заполнение строки г) — «Последствия воздействия внешних причин смертности» (Y85-Y89). Коды «Последствий травм и отравлений» должны соответствовать кодам «Последствий воздействия внешних причин смертности». Четырехзначные подрубрики (4-й знак) необходимо уточнять по части 2 первого тома МКБ-10 (стр. 508-509).

| **Коды «Последствий травм и отравлений»** | **Коды «Последствий воздействия внешних причин смертности»** |
|---|---|
| T90-T97 | Y85-Y87 |
| T98.0-2 | Y89 |
| T98.3 | Y88 |

## Особенности заполнения свидетельств при термических и химических ожогах.

Блок «Термические и химические ожоги» (Т20-Т32) включает 3 подблока:

1. «Термические и химические ожоги наружных поверхностей тела, уточненные по локализации» (Т20-Т25);

2. «Термические и химические ожоги глаза и внутренних органов» (Т26-Т28);

3. «Термические и химические ожоги множественной и не уточненной локализации» (Т29-Т32).

Рубрика Т29 включает ожоги нескольких областей тела, классифицируемые более чем одной из рубрик Т20-Т28. Локализация ожога должна быть уточнена. Если поражено несколько областей тела, и можно выбрать только одну, от которой и наступила смерть, то ее записывают в разделе I, а другие локализации записывают в разделе II. Не рекомендуется использовать рубрику Т30 - ожоги не уточненной локализации. Как правило, локализация ожогов является визуальной и должна быть уточнена.

Рубрики Т31-Т32 - являются дополнительными и **не должны** применяться в качестве первоначальной причины смерти. С этой целью следует использовать только рубрики Т20-Т29.

Если причиной ожога явился пожар, начавшийся внутри движущегося транспортного средства, то внешнюю причину кодируют как происшествие со столкновением с другим транспортным средством или без него (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 387).

Примеры наиболее часто употребляемых формулировок для заполнения Свидетельства при травмах:

**Пример 1**

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** |
|---|---|---|
| Ia) Отек **головного мозга травматический**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **40 мин** | **S 0 6 . 1** |
| б) Кровоизлияние субдуральное травматическое<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению | **1 сутки** | **S 0 6 . 5** |
| **в)** Перелом **основания черепа**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **1 сутки** | **S 0 2 . 1** |
| **г) Столкновение пешехода** с легковым автомобилем, травма<br>**пешехода, дорожный несчастный случай**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | **1 сутки** | **V 0 3 . 1** |
| **П.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) **Перелом тела бедренной кости**<br>**Открытая рана бедра**<br>Алкогольное опьянение острое (содержание в крови 2 ‰) | **1 сутки 1 сутки 1 сутки** | **S72.3 S71.1 F10.0** |

**Пример 2**

| **19. Причины смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **КодМКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** |
|---|---|---|
| **Ia) Гиповолемический травматический шок**<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **1 час** | **T 7 9 . 4** |
| **б) Травматический гемопневмоторакс**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **3 часа** | **S 2 7 . 2** |

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | КодМКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **в) Разрыв левого легкого**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **3 часа** | **S 2 7 . 3** |
| **г) Столкновение легкового и тяжелого** грузового<br>**автомобилей, травма пассажира** легкового автомобиля.<br>дорожный **несчастный случай**<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | **3 часа** | **V 4 4 . 6** |
| **II.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)**Диффузная травма головного мозга**<br>**Множественные переломы ребер** | **3 часа**<br>**3 часа** | **S06.2**<br>**S22.4** |

## Пример 3

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | КодМКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) Кома<br>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти | **20 мин.** | **S 0 6 . 7** |
| **б) Травматическое субдуральное кровоизлияние**<br>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины | **45 мин.** | **S 0 6 . 5** |
| **в) Открытый перелом теменной кости**<br>первоначальная причина смерти указывается последней | **45 мин.** | **S 0 2 . 0** |
| **г) Опрокидывание автобуса, травма пассажира, дорожный**<br>несчастный случай<br>внешняя причина при травмах и отравлениях | | **V 7 8 . 6** |
| **II.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Множественные **переломы шейных позвонков**<br>Операция: трепанация черепа (дата, время) | **45 мин.** | **S12.7** |

## Пример 4

| 19. Причины смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| **I а) Травматический шок** | **3 часа** | **T 7 9 • 4** |
| болезнь или состояние, непосредственно приведшее к | | |
| **б) Множественные переломы** пояснично-крестцового отдела | 2 суток | **S 3 2 • 7** |
| **позвоночника и костей таза** | | |
| патологическое состояние, которое привело к возникновению | | |
| **В)** | | |
| первоначальная причина смерти указывается | | |
| **г) Столкновение велосипеда с трактором, травма велосипе-** | 2 **суток** | **V 1 9 . 0** |
| **диста-водителя, недорожный несчастный случай** | | |
| внешняя причина при травмах и отравлениях | | |
| **II.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Травма нескольких внутрибрюшных органов | 2 суток | S36.7 |
| | | |

## Требования, предъявляемые к правильному заполнению медицинского свидетельства о смерти

**Мурзаев А.М.**

От качественного заполнения медицинского свидетельства о смерти в значительной степени зависит правильность составления сведений о причинах ее наступления, разработку которых осуществляют органы государственной статистики.

Медицинское свидетельство о смерти (далее - Свидетельство) заполняется ручкой, разборчивым почерком. Заполнению подлежат все пункты документа, а при отсутствии сведений делается запись «не известно», «не установлено» и т.д.

Заполнение Свидетельства начинается с указания номера учреждения по общесоюзному классификатору предприятий и организаций, характера заполняемого Свидетельства (окончательное, предварительное, взамен предварительного) и его порядкового номера.

В Свидетельстве указываются:

-фамилия, имя, отчество умершего; пол;

даты рождения и смерти (год, месяц, число); для детей, умерших в возрасте от 7 полных дней до 1 года, масса тела при рождении (в граммах);

место постоянного жительства умершего и место смерти (область, край, республика, район, город или село);

где последовала смерть (в стационаре, дома, в другом месте);

произошла ли смерть от заболевания, несчастного случая вне производства или в связи с производством, убийства или самоубийства, либо род смерти не установлен;

каким врачом установлена причина смерти (только установившим смерть, лечившим умершего, патологоанатомом, судебно-медицинским экспертом), на каком основании (осмотр, вскрытие, мед.документация)

Следует обратить особое внимание на заполнение пункта о причине смерти. Врач, заполняющий свидетельство, указывает свою фамилию, имя, отчество (полностью), должность и отмечает основание, позволившее ему определить последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установить причину смерти.

Во многих случаях, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста, смерть бывает обусловлена двумя и более патологическими состояниями. Однако в нашей стране статистическая разработка проводится только по одной (первоначальной) причине смерти. В связи с этим важно из комплекса заболеваний выделить тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти, и те заболевания, которые способствовали смертельному исходу, оказав неблагоприятное влияние на течение основного (первоначального) заболевания. В соответствии с рекомендациями ВОЗ в свидетельстве о смерти указываются непосредственная причина смерти, заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти, основное (первоначальное) заболевание.

В качестве основной (первоначальной) причины смерти необходимо указывать то первоначальное заболевание, отравление или травму, которое непосредственно или через ряд последующих, тесно связанных с ним болезненных процессов (осложнений) повлекло за собой смерть. Основным (первоначальным) заболеванием следует считать только определенную нозологическую единицу и при этом необходимо указывать форму, стадию, локализацию заболевания (например, острый нефрит, злокачественное новообразование шейки матки). В ряде случаев основное заболевание и непосредственная причина смерти могут совпадать. Чаще всего непосредственной причиной смерти являются осложнения основного заболевания (перитонит, уремия, кровоизлияние в мозг и т.д.). Под непосредственной причиной смерти не следует понимать механизм смерти, т.е. прекращение дыхания, остановку сердечной деятельности. Последняя запись должна соответствовать основной (первоначальной) причине смерти.

Во второй части отмечаются прочие важные заболевания, имевшиеся к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть (сопутствующие заболевания), но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившими непосредственной причиной смерти. Для выбора первоначальной (основной) причины смерти следует руководствоваться правилами, изложенными в Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра.

В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы указываются: дата травмы (отравления), при несчастных случаях, не связанных с производством, вид травмы (бытовая, уличная, кроме транспортной, дорожно-транспортная, школьная, спортивная и т.д.), а также место и обстоятельства, при которых произошла травма. Свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или другим лицам, производящим погребение, под расписку на корешке свидетельства, остающегося в учреждении здравоохранения. Врач, выдающий свидетельство о смерти, несет персональную ответственность за достоверность информации и качество заполнения Свидетельства.

# О СОСТОЯНИИ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПО РЕГИСТРАЦИИ УМЕРШИХ

## (итоги 2015 г.)

**Абдуразакова А.М.**

Статистика смертности является одним из основных источников медицинской информации, она позволяет получить надежные данные о здоровье населения. В то же время по статистике смертности можно судить о качестве диагностики и лечения населения.

Наши исследования показали, что достоверность учета причин смерти в учреждениях здравоохранения находится в диапазоне 35-65% и в целом по территории едва превышает половину.

Основные ошибки при выдаче медицинского свидетельства о смерти можно разделить на три группы: ***-заполнение; -кодирование; -выбор первоначальной причины смерти.*** Они обусловлены дефектами организации процесса сбора и обработки, а также представления данных о смерти; дефектами, допускаемые вследствие недостаточной клинической подготовки врачей; недостаточными знаниями и навыками работы с МКБ-10 по кодированию. Часто используются коды, не рекомендованные для кодирования первоначальной причины смерти, что свидетельствует об отсутствии систематической методической работы и отсутствии контроля за правильностью заполнения свидетельства о смерти.

В 2015 году не очень часто встречалась неточность переноса данных свидетельства о смерти в электронную базу. Нам всем хорошо известны принципы кодирования причин смерти, где «первоначальная причина смерти» – это: болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти. В случаях смерти от внешней причины обязательно указываются обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

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

Пункт 19 раздела «Причины смерти» Свидетельства заполняется на основании первичной медицинской документации – «посмертного эпикриза», в резюмирующей части которого должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический, или патологоанатомический с осложнениями, фоновыми, конкурирующими и сопутствующими заболеваниями.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями (письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.09 г. №14-6/10/2-178), в соответствии с которыми в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти. При этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления.

Заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины; в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

Часть II пункта 19 включает «прочие причины смерти» - это те важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но

способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть).

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти подчеркивается. Коды других причин смерти записываются напротив каждой строки без подчеркивания. В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. Данные сведения необходимы для получения информации о среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

Если Свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке раздела I.

В статистику включается только первоначальная причина смерти, которая иногда не совпадает с формулировкой заключительного клинического или патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза

Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25). Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22) – это острые формы ишемических болезней сердца. Если инфаркт миокарда диагностируется у больного первый раз в жизни, он кодируется как «острый инфаркт миокарда» (I21), все последующие инфаркты миокарда у одного и того же пациента кодируются как «повторный инфаркт миокарда», код I22. Продолжительность инфарктов миокарда определена МКБ-10 и составляет 4 недели, или 28 дней от начала заболевания.

При сочетании острого или повторного инфаркта миокарда и острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а инфаркты миокарда и инсульты – их осложнениями. МКБ-10 т.2 стр.75

ПРИМЕР

Основное заболевание. Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда задне-боковой стенки левого желудочка (давностью около 3 суток), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (III стадии, стеноз до 75% передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии).

Фоновое заболевание. Сахарный диабет II-го типа, средней тяжести, в стадии декомпенсации (глюкоза крови - … от - дата), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия – клинически).

Осложнения. Острое общее венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких.

Сопутствующее заболевание. Фолликулярная аденома щитовидной железы

Медицинское свидетельство о смерти:

| **19. Причина смерти** | **Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью** | **Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти** |
|---|---|---|
| I а) отек легких | 3 суток | I51.1 |
| б) повторный инфаркт миокарда задней стенки | 3 суток | I22.2 |
| в)**Инсулинзависимый сахарный диабет с множественными осложнениями** | 12 лет | **E10.7** |
| г) - | | |
| II - | | |

Не используются в заключительном клиническом диагнозе и не кодируются как первоначальная причина смерти, так как представляют собой групповые и/или неуточненные патологические состояния: «дегенерация миокарда» (код I 51.1); «острая ишемическая болезнь сердца неуточненная» (код I 24.9); «атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (код I 25.0);«хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная» (код I 25.9),

Не используются для кодирования первоначальной причины смерти: бессимптомная ишемия миокарда (код I 25.6); стенокардия (коды I 20.0 – I 20.9) – их морфологическим субстратом является диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, синоним которого по требованию МКБ-10 – «атеросклеротическая болезнь сердца» с кодом I 25.1

В качестве первоначальной причины смерти не кодируются патологические процессы, которые представляют собой осложнения основного заболевания: текущие осложнения острого инфаркта миокарда (коды I23.0 – I 23.8); сердечная недостаточность (коды I 50.-); варианты аритмий (коды I 44.-, I 45.-, I 47.-, I 48, I 49.-), часть патологических процессов из группы «осложнения и неточно обозначенные болезни сердца» (коды I 51); острая аневризма сердца, легочная эмболия и др.

Постинфарктный кардиосклероз, код I25.8. Хроническая аневризма сердца, код I25.3. Смерть наступает от застойной сердечной недостаточности с\без тромбоэмболическим синдромом или нарушений ритма сердца (рубцы перегородочной локализации). Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, синоним которого по требованию МКБ-10 – «ишемическая кардиомиопатия» I25.5**.** Смерть наступает от застойной сердечной недостаточности

Эссенциальная (первичная) гипертензия – I10 не может являться основной причиной смерти и указывается в свидетельстве лишь во второй его части в качестве 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

| 19. Причина смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) кардиогенный шок | 2 часа | I 50 |
| б) острый инфаркт миокарда передней стенки | 2 часа | **I21.0** |
| в) - | | |
| г) - | | |
| II Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца | 15 лет | I.10.0 |

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).

| 19. Причина смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а) хроническая сердечная недостаточность | 4 года | I 50.0 |
| б) гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца | 25 лет | **I.11.0** |
| в) - | | |
| г) - | | |

Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69). Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66) включают следующие острые состояния:

I60 Субарахноидальное кровоизлияние

I61 Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I63 Инфаркт мозга

Различают острые формы цереброваскулярных болезней продолжительностью до 30 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (приказ Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 513) – рубрики I60-I66;

Последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69)

ПРИМЕР

**Основное заболевание**. Внутримозговая гематома в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга. Атеросклероз артерий головного мозга (II-ая стадия, стеноз до 50%).

**Фоновое заболевание.** гипертензивная болезнь: концентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 430 г., толщина стенки левого желудочка – 1,8 см, правого – 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз.

**Осложнения.** Прорыв крови в полости правого бокового и III-го желудочков головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

**Сопутствующие заболевания**. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (II-ая стадия, стеноз до 50%).

**Медицинское свидетельство о смерти.**

I. а) Отек головного мозга с дислокацией его ствола

б) Прорыв крови в желудочки головного мозга

в) Внутримозговая гематома (I 61.0)

г) –

II. Гипертензивная болезнь (I 10).

| 19. Причина смерти | Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью | Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти |
|---|---|---|
| I а)гемотампонада желудочков головного мозга | 3 суток | I61.5 |
| б) Внутримозговая гематома | 4 суток | **I 61.0** |
| в) - | | |
| г) - | | |
| II Гипертензивная болезнь | 15 лет | I 10 |

При сочетании острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а острые формы цереброваскулярных болезней – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75).

Диагноз «старость» можно использовать для кодирования первоначальной причины смерти лишь в том случае, если в свидетельстве отсутствует указание 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.

На эту возрастную группу приходится около половины всех случаев смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы. В свидетельствах встречаются коды, которые не разрешается использовать для кодирования первоначальной причины смерти (дегенерация миокарда I51.1, церебральный атеросклероз I67.2, генерализованный атеросклероз I 70.9), либо записи, не обоснованные клиническими данными (ОНМК).

В ходе проверки свидетельств о смерти выявлено, что не во всех центральных районных и городских больницах назначены ответственные врачи, которые проводят проверку правильности заполнения медицинских свидетельств о смерти в органах ЗАГСа.

В республиканских учреждениях и учреждениях г. Махачкалы ответственные врачи должны проверять правильность заполнения медицинского свидетельства о смерти непосредственно в своей медицинской организации. До настоящего времени эта работа проводится формально: фамилии ответственных врачей в свидетельствах о смерти постоянно меняются, либо вообще не указываются.

Правильность заполнения могут проверять только врачи, ответственные за организацию лечебно-диагностического процесса в данной медицинской организации (не считая Бюро судебно-медицинской экспертизы)

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

В целях повышения достоверности и международной сопоставимости информации учреждениям здравоохранения при выдаче медицинских свидетельств о смерти руководствоваться инструктивными материалами МЗ РФ.

Заместителям главных врачей (по лечебной, организационно-методической, клинико-экспертной работе) взять под личный контроль правильность оформления и кодирования выдаваемых свидетельств о смерти, систематически проводить занятия с лечащими врачами и врачами по правильности оформления и выдачи свидетельств о смерти (в рамках работы комиссий по изучению летальных исходов).

**Анализ качества**

**оформления медицинских свидетельств о смерти в 2015 г.**

**А.Мурзаев**

Проведенный ГКУ РД «РМИАЦ МЗ РД» анализ уровня и структуры смертности населения Республики Дагестан за 2015г. выявил несоответствие кодирования и выбора первоначальной причины смерти Методическим рекомендациям «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» (письмо МЗСР № 14-06/10/2-178 от 10.01.2009 г.) и следующие нарушения в оформлении медицинских свидетельств о смерти (далее - МСС):

- часто **не производится** отметка о виде документа – «окончательное»; «предварительное»; «взамен окончательного»; «взамен предварительного» ;

- на оборотной стороне корешка **отсутствует** подпись получателя и ссылка на документ, удостоверяющий личность лица, получившего МСС ;

- **частично заполняются**, либо не заполняются вовсе, сведения о прописке и месте смерти;

- указывается **несколько** оснований для выдачи МСС: «осмотр трупа», «записи в медицинской документации»; «предшествующее заболевание»;

- **допускаются не только грамматические, но и ошибки** в кодировании первоначальной причины смерти, сокращения ;

- **остается незаполненной** строка «прочие важные состояния» при наличии значимой сопутствующей патологии;

- **не приводятся сведения** о периоде между началом патологического процесса и смертью;

- по-прежнему, в качестве непосредственной причины смерти **ошибочно указывается** синдром («сердечно-сосудистая» или «сердечно-легочная недостаточность» и пр.);

- встречается название нозологической единицы без соответствующего ему кода МКБ-10, либо приводится код с неправильно указанным диагнозом;

- при внешней причине смерти **отсутствуют указания** об обстоятельствах, дате и времени травмы или отравления, их коде МКБ-10;

- **отсутствует причинно-следственная связь** в развитии последовательности патологических процессов, приведших к смерти, вносится только непосредственная причина смерти без указания первоначальной;

- во многих случаях не заполняется пункт «Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств».

К сожалению, ситуация по качеству оформления МСС не имеет тенденции к улучшению. По-видимому, свидетельство не воспринимается врачами, как документ, значимый не только для статистики или судебно-следственных органов, но и для оценки качества оказанной ими медицинской помощи пациенту.

**Причины расхождения сведений об умерших в ДТП**

(к сопоставлению данных ГИБДД МВД РД и Минздрава РД)

**А.М.Мурзаев**

Нами выявлены расхождения сведений об умерших в ДТТП при сопоставлении их с данными ГИБДД МВД РД. В частности:

- в течение отчетного периода родственники погибших обращаются в медицинскую организацию (МО) за регистрацией смерти спустя несколько дней, недель, месяцев (список прилагается);
- МО производится регистрация умерших в предыдущих годах;
- учитываются все транспортные несчастные случаи (в т.ч. на водном, воздушном, гужевом и пр.);
- не исключена регистрация несколькими МО (в т.ч. Бюро судмедэкспертизы, др. варианты);
- в анализируемые данные включаются сведения об умерших при ДТП, произошедшем на территории др. субъекта РФ;
- медицинское свидетельство о смерти с указанием основной причины «Последствия ДТП» выписывается спустя 30 дней после регистрации дорожно-транспортного происшествия;
- не исключена вероятность ошибочной регистрации медицинскими работниками обстоятельств смерти, либо умышленного сокрытия вреда здоровью вследствие ДТП (подозреваемым, потерпевшим, лицами расследующими ДТП, а также принимающими участие в лечебном процессе);
- причина смерти участника ДТП не может быть определена вследствие отсутствия заключения судебно-медицинского эксперта;
- из «Интернета»: «… Специфической чертой современной статистики смертности России от травм … является ее расплывчатый характер, обилие неконкретных диагнозов с характеристиками «другие», «прочие», «неуточненные» и т.п. Даже среди максимально прозрачных, явно случайных событий, таких, как транспортные происшествия, вклад инцидентов,

характер которых остался совершенно неясен, оказался ощутимым: так,… смерть 6,6% мужчин и 5,6% женщин, погибших вследствие транспортных происшествий (V01-V99) трудно поддается дальнейшей конкретизации, т.к. описывается такими диагнозами, как «Лицо, пострадавшее в результате неуточненного мототранспортного дорожного несчастного случая» (V89.2), «Лицо, пострадавшее в результате неуточненного транспортного несчастного случая» (V89.9), «Другие уточненные транспортные несчастные случаи» (V98), «Транспортный несчастный случай неуточненный» (V99). Особо настораживает тот факт, что наибольшее распространение подобные диагнозы получили среди лиц младших трудоспособных возрастов (20-39 лет), у которых вклад подобных размытых диагнозов среди транспортных происшествий был максимальным и достиг 7,2% и 6,1% соответственно…»;

- отсутствие причинно-следственной связи между травмами, полученными в ДТП, и непосредственной причиной смерти (устанавливается при судебно-медицинском исследовании трупа);
- установление причины смерти участника ДТП следственными органами определяется по результатам комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

# ПРИЛОЖЕНИЕ

**Как зарегистрировать смерть гражданина.**

**Регистрация смерти, несмотря на всю трагичность момента, является важной необходимостью, так как без этого невозможно совершить ряд необходимых действий, в частности, добиться выделения места на кладбище и получения социального пособия на погребение.**

Процедура регистрации является, пожалуй, наиболее простой, по сравнению с другими формами регистрации актов гражданского состояния и регламентируетсягл. 8 ФЗ «Об актах гражданского состояния» №143-ФЗ от 15.11.1997г. (далее - Федеральный закон).

**Куда обращаться.**

Регистрация смерти производится органами ЗАГС по последнему месту жительства умершего, месту наступления смерти или месту нахождения организации, выдавшей документ о смерти.
В нестандартных случаях - смерти в самолете, поезде, на корабле и т.д., регистрация может мыть осуществлена в пределах территории, на которой умерший был снят с транспортного средства.
Если смерть наступила в месте, где нет органов ЗАГС - в турпоходе, экспедиции, на охоте, рыбалке, иными словами в отдаленной местности, то регистрация производится ближайшим к месту смерти органом ЗАГС.

**Срок обращения**

В соответствии со ст. 66 Федерального закона, заявление о смерти должно быть сделано не позднее трех дней с момента смерти или обнаружения тела умершего. Однако никаких санкций за нарушение данного срока действующим законодательством не предусмотрено. Как правило, сроки нарушаются крайне редко, так как по морально-этическим и религиозным соображениям родственники умершего стараются совершить все необходимые процедуры как можно быстрее.

**Кто может обратиться**

Обязанность по подаче заявления о смерти гражданина возлагается на следующих лиц (ст. 66 Федерального закона):

- супруг (супруга), другие члены семьи умершего, а также любое другое лицо, присутствовавшее в момент смерти или информированное о наступлении смерти;
- медицинская организация или учреждение социальной защиты населения в случае, если смерть наступила в период пребывания лица в данных организации или учреждении;
- учреждение, исполняющее наказание, в случае, если смерть осужденного наступила в период отбывания им наказания в местах лишения свободы;
- орган дознания или следствия в случае, если проводится расследование в связи со смертью лица, а также по факту смерти, когда личность умершего не установлена;
- командир воинской части в случае, если смерть наступила в период прохождения лицом военной службы.

**Какие документы необходимо представить**

В соответствии со ст. 64 Федерального закона для регистрации смерти заявителю необходимо представить следующие документы:

- **Документ о смерти установленной формы.** Таким документом является только медицинское свидетельство о смерти, независимо от обстоятельств и причин смерти. Порядок выдачи и заполнения регламентируется Письмом Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178 "О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти". В соответствии с этим документом запрещается заочное оформление свидетельств, то есть без осмотра тела ни один врач не вправе выдавать такое свидетельство. Необходимый документ может быть выдан больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-

поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт, амбулатория, участковая больница и др.), не имеющих врача, медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

- **Решение суда об установлении факта смерти или объявлении лица умершим (вступившее в законную силу).** Напомним, что в соответствии со ст. 45 ГК РФ гражданина можно объявить умершим в судебном порядке, если в течение 5 лет с момента его пропажи о нем нет никаких сведений по месту его жительства, а при определенных обстоятельствах этот срок сокращается до 6 месяцев. Это дает право потенциальным наследникам и другим заинтересованным лицам в законном порядке решить вопрос с имуществом умершего. Объявление гражданина умершим производится в порядке, установленном гл. 30 ГПК РФ.

Помимо этого допускается установление факта смерти гражданина, как факта имеющего юридическое значение. Порядок установления таких фактов регламентирован гл. 28 ГПК РФ. Необходимость в этом возникает в двух случаях:

- при установлении факта регистрации смерти (абз. 3 ч. 2 ст. 264 ГПК РФ);
- в случае установления факта смерти лица в определенное время и при определенных обстоятельствах (абз. 8 ч. 2 ст. 264 ГПК РФ).

Различие между этими ситуациями заключается в следующем. Установление факта смерти с помощью суда необходимо тогда, когда заявитель утратил ранее выданное свидетельство о смерти, а органы ЗАГС отказывают ему в выдаче дубликата. Установление факта смерти лица в определенное время и при определенных обстоятельствах необходимо либо в случае пропуска заявителем установленного законом срока обращения в органы ЗАГС, либо в

тех случаях, когда они отказываются зарегистрировать факт смерти из-за отсутствия у заявителя необходимых документов.
На первый взгляд эти два частных случая весьма похожи. Однако если в первом случае достаточно просто направить судебный запрос в архивы ЗАГС, то во втором заинтересованному лицу необходимо будет приложить определенные усилия по доказыванию факта смерти, привлекая для этого свидетелей и представляя суду письменные или иные доказательства.

- **Документ, удостоверяющий личность заявителя.** Хотя в Федеральном законе об этом ничего не говорится, но административными регламентами субъектов РФ, предусмотрено предоставление этого документа.

**Необходимо ли сдавать паспорт умершего лица.**

В Федеральном законе об этом прямо ничего не сказано, но придя в ЗАГС, на информационном стенде среди перечня необходимых для регистрации смерти документов вы обнаружите и паспорт умершего лица. Работники ЗАГС, в свою очередь, могут попытаться отказать вам регистрации, ссылаясь на требование ФМС РФ об изъятии таких паспортов органами ЗАГС. Однако данный отказ будет незаконным. Действительно, согласно п. 19 "Положения о паспорте гражданина Российской Федерации, образца бланка и описания паспорта гражданина Российской Федерации", утвержденного Постановлением Правительства РФ от 08.07.1997 № 828 и п. 84 "Административного регламента Федеральной миграционной службы по предоставлению государственной услуги по выдаче, замене и по исполнению государственной функции по учету паспортов гражданина Российской Федерации, удостоверяющих личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации", утвержденного Приказом МВД РФ от 28.12.2006 № 1105 (далее - Регламент), предусмотрена необходимость передачи органам ЗАГС паспортов умерших, однако кем и как это должно осуществляться, неясно. Более того, Регламентом предусмотрено, что в случае отсутствия паспорта умершего гражданина в документах ЗАГС

делается соответствующая отметка о том, что паспорт сдан не был.

**Получение свидетельства и справки и смерти**

Выдача этих документов производится в один день с подачей всех необходимых для их получения документов. Как правило, административными регламентами субъектов РФ предусмотрена обязанность органов ЗАГС выдать свидетельство и справку в течение 1 часа, однако фактическое время выдачи может отличаться в зависимости от занятости работников этих органов, а также от полноты и достоверности, представленных заявителем документов.

В соответствии с п. 1 ст. 333.39 НК РФ государственная пошлина за регистрацию смерти с физических лиц не взимается.

## Тестовые задания для самоконтроля знаний

## МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

Выберите один правильный ответ

1. В каких случаях заполняется медицинское свидетельство о смерти (форма №106/у-08)?

а) в случае смерти мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток;

б) в случае смерти взрослых и детей старше 7 суток;

в) только в случае насильственной смерти взрослых и детей старше 7 суток.

2. На всех мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток (168 часов), заполняется:

а) медицинское свидетельство о перинатальной смерти;

б) медицинское свидетельство о смерти;

в) врачебное свидетельство о смерти.

3. Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано всем, кроме:

а) родственников умершего или законных представителей умершего;

б) представителей правоохранительных органов;

в) работников ЗАГС.

4. Сроки выдачи медицинского свидетельства о смерти:

а) не позднее одних суток после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);

б) не позднее трех суток после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);

в) не позднее двух рабочих дней после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось).

5. В случае выдачи свидетельства работникам администрации ЛПУ, сотрудникам правоохранительных органов регистрация его должна быть проведена в органах ЗАГС в следующие сроки:

а) не позднее одних суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;

б) не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;

в) в течение недели с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

6. Первоначальная причина смерти – это все, кроме:

а) основной причины смерти;

б) основного заболевания в посмертном диагнозе;

в) осложнений основного заболевания.

7. В медицинском свидетельстве о смерти кодируется:

а) все, что вписывается в строки пункта «Причины смерти» (пункты 10 и 19);

б) первоначальная причина смерти;

в) только нозологические единицы, имеющие шифр в МКБ.

8. В свидетельстве о смерти, в случае травмы или отравления, кроме всего прочего кодируется:

а) внешняя причина смерти;

б) осложнения, приведшие к летальному исходу;

в) фоновые заболевания.

9. Первоначальная причина смерти – это:

а) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;

б) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;

в) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший.

10. Все коды МКБ-10 могут быть использованы для шифровки первоначальной причи-

ны смерти:

а) утверждение верно;

б) утверждение не верно.

11. Непосредственная причина смерти – это:

а) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;

б) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;

в) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший.

12. Перечислите все механизмы смерти:

а) сердечный, легочный, мозговой;

б) сердечный, легочный, почечный;

в) сосудистый, легочный, мозговой.

13. Непосредственной причиной смерти чаще всего являются:

а) фоновые заболевания;

б) травмы;

в) осложнения основного заболевания.

14. Непосредственная причина смерти в медицинском свидетельстве о смерти:

а) указывается;

б) не указывается;

в) указывается только в случае смерти в стационаре.

15. Непосредственная причина смерти в медицинском свидетельстве о смерти кодируется по МКБ-10, так ли это?

а) да, кодируется;

б) да, кодируется сотрудниками ЗАГС;

в) нет, не кодируется.

16. Что обязательно предшествует выдаче медицинского свидетельства о смерти:

а) патолого-анатомическое вскрытие;

б) судебно-медицинское вскрытие;

в) формулировка посмертного диагноза.

17. Посмертный диагноз при выдаче свидетельства без проведения вскрытия – это:

а) заключительный клинический диагноз в истории болезни (родов);

б) заключительный клинический диагноз в карте амбулаторного больного;

в) а и б.

18. Кем формулируется примерный диагноз непосредственно после патологоанатомического вскрытия:

а) врачом-патологоанатомом;

б) судебно-медицинским экспертом;

в) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти.

19. Кем формулируется примерный диагноз непосредственно после судебно-медицинского вскрытия:

а) врачом-патологоанатомом;

б) судебно-медицинским экспертом;

в) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти.

20. Предварительный посмертный диагноз чаще всего формулируется непосредствен-

но после вскрытия:

а) только в печатном виде;

б) в письменном виде;

в) устно.

21. Предварительный посмертный диагноз служит основой для:

а) формулировки медицинского свидетельства о смерти;

б) оформления патологоанатомического эпикриза;

в) оформления истории болезни на патолого-анатомическое вскрытие.

22. Диагноз, записанный в протоколе вскрытия, должен совпадать:

а) с посмертным клиническим диагнозом;

б) с формулировкой в свидетельстве о смерти;

в) с заключительным клиническим диагнозом в карте амбулаторного больного.

23. В случае несовпадения патологоанатомического диагноза и формулировки причин

смерти в свидетельстве необходимо:

а) направить в органы государственной статистики второе свидетельство о смерти;

б) уведомить об изменении диагнозов родственников умершего;

в) уведомить об изменении диагнозов администрацию ЛПУ.

24. Продолжите фразу: «После выдачи свидетельства о смерти изменения указанного в нем патологоанатомического диагноза в протоколе вскрытия…»:

а) недопустимы;

б) возможны;

в) обязательны.

25. Врач, проводивший вскрытие, может внести изменения в окончательный диагноз:

а) по просьбе родственников, при наличии на это объективных причин;

б) после проведения дополнительных методов исследования;

в) без проведения дополнительных методов исследования.

26. Посмертный диагноз может быть:

а) заключительным клиническим;

б) патолого-анатомическим, судебно-медицинским;

в) верно а и б;

г) верно только б.

27. Выберите верное утверждение:

а) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от статистических требований;

б) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от принятых в данном регионе стандартов;

в) структура посмертного диагноза едина на территории РФ.

28. Основные принципы построения посмертного диагноза – это:

а) нозологический, этиологический, патогенетический;

б) этиологический, тактический, социально-исторический;

в) нозологический, динамический, деонтологический.

29. Нозологический принцип выражается в выделении:

а) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;

б) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;

в) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни.

30. Патогенетический принцип выражается в выделении:

а) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;

б) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;

в) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни.

31. Выберите наиболее точное определение понятия «нозологическая единица»:

а) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название с учетом отечественных классификаций;

б) самостоятельная болезнь, имеющая статистическое обозначение в соответс твии с требованиями МКБ-10;

в) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название и статистическое обозначение.

32. К унифицированным рубрикам диагноза относятся:

а) «Основное заболевание», «Осложнение основного заболевания»;

б) «Сопутствующие заболевания»;

в) перечисленное в а и б.

33. Продолжите фразу: основное заболевание (состояние) в посмертном диагнозе…

а) может включать несколько нозологических единиц;

б) это только одна нозологическая форма (единица), которая привела к смерти

больного;

в) отражает хронологическую последовательность, показывающую динамику развития болезни.

34. Комбинированное основное заболевание может быть:

а) только конкурирующим или сочетанным;

б) основным и фоновым;

в) конкурирующим, сочетанным, основным и фоновым.

35. Основное заболевание может послужить причиной смерти больного:

а) только само по себе;

б) как само по себе, так и через свои осложнения;

в) через свои осложнения.

36. При мультикаузальном диагнозе (комбинированное основное заболевание, полипатия) в качестве первоначальной причины смерти регистрируется:

а) нозологическая единица, стоящая в нем на первом месте;

б) как основное, так и фоновое заболевание;

в) осложнения основного заболевания.

37. Может ли основное заболевание одновременно быть и непосредственной причиной смерти?

а) да, в ряде случаев может;

б) нет, не может;

в) только при монокаузальном варианте диагноза.

38. Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, едиными подходами к лечению и коррекции – это:

а) синдромокомплекс;

б) группы болезней;

в) нозологическая форма (единица).

39. Заболевания, превратившиеся в самостоятельные «вторые болезни», чаще всего являются:

а) фоновыми заболеваниями;

б) отдаленными последствиями излеченных заболеваний;

в) сопутствующими заболеваниями.

40. Как в диагнозе рекомендуется перечислять осложнения?

а) в хронологической и патогенетической последовательности;

б) наиболее важное осложнение выносится первым;

в) на первое место необходимо выносить непосредственную причину смерти.

41. Продолжите утверждение: осложнения основного заболевания – это…

а) патологические процессы, которые связаны с основным заболеванием патогенетически, но не являются при этом его проявлениями;

б) патологические процессы, которые могут быть связаны как с основным заболеванием, так и с некоторыми фоновыми заболеваниями;

в) патологические процессы, являющиеся проявлениями основного заболевания.

42. Может ли очаговая пневмония рассматриваться как осложнение, т.е. следствие тяжелых изнурительных болезней (инфекций, злокачественных новообразований, особенно гемобластозов, травм головного или спинного мозга, инсульта)?

а) нет, не может;

б) да, может;

в) да, может только в исключительных случаях.

43. Могут ли послеоперационные осложнения (пневмония, кровотечение, тромбофлебит, тромбозы, эмболии, инфаркты, аспирация, ателектазы, острая почечная недостаточность) рассматриваться как прямое следствие операции?

а) да, могут, если есть патогенетическая связь между ними, и осложнения развились не позднее 4 недель после вмешательства;

б) нет, не могут;

в) да, могут только в исключительных, особо оговоренных случаях.

44. При наличии послеоперационных осложнений что следует рассматривать как основную причину смерти?

а) послеоперационное осложнение;

б) заболевание, послужившее поводом для оперативного вмешательства;

в) не верно ни а, ни б.

45. В качестве сопутствующего заболевания в посмертном диагнозе могут выступать:

а) все заболевания, имевшие отношение к наступлению смерти;

б) все заболевания больного, не игравшие роли в танатогенезе;

в) только одна нозологическая единица, этиологически или патогенетически связанная с основным заболеванием.

46. В рубрику «сопутствующие заболевания» могут входить:

а) только одно, наиболее важное заболевание;

б) несколько нозологических единиц, которые ни этиологически, ни патогенетически не связаны с основным заболеванием и не играли роли в танатогенезе;

в) несколько нозологических единиц, только при формулировании основного комбинированного заболевания (полипатии).

47. При наличии осложнений у сопутствующих заболеваний они перечисляются:

а) в рубрике «осложнения основного заболевания»;

б) в рубрике «сопутствующее заболевание»;

в) для них имеется собственная рубрика.

48. Какая дополнительная рубрика используется в перинаталогии и учитывается в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти?

а) патология матери, беременности и родов (ПМБР);

б) осложнения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ);

в) осложнения сопутствующих заболеваний.

49. После заполнения корешок бланка медицинского свидетельства о смерти:

а) выдается родственникам или законным представителям умершего;

б) остается в медицинском учреждении, выдавшем свидетельство;

в) передается в органы ЗАГС для государственной регистрации.

50. Если свидетельство выдается без вскрытия трупа, например, на основе записей в медицинской документации, то оно может быть:

а) только окончательным;

б) предварительным;

в) любым из четырех вариантов: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного».

51. После вскрытия врачи-патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты в случае неуверенности в точности формулировки диагноза могут выдать:

а) только окончательное медицинское свидетельство о смерти;

б) предварительное медицинское свидетельство о смерти;

в) любое из четырех вариантов: «окончательное», «предварительное»,«взамен предварительного», «взамен окончательного».

52. Продолжите фразу: «После оформления протокола вскрытия в случае принципиальных изменений диагностических формулировок…»:

а) необходимо выписать второе свидетельство «взамен предварительного» (указав серию и номер «предварительного»);

б) необходимо устно (по телефону) или письменно уведомить органы ЗАГС;

в) необходимо устно (по телефону) или письменно уведомить родственников умершего об изменениях диагноза.

53. В случае выдачи «окончательного» заключения, но при выявлении, после дополнительного исследования, принципиального изменения диагноза:

а) медицинское свидетельство, выданное ранее, и зарегистрированное в органах ЗАГС, не изменяется;

б) выписывают новое медицинское свидетельство «взамен окончательного» указав серию и номер первого «окончательного»);

в) выписывают новое медицинское свидетельство «взамен окончательного» указав серию и номер первого «окончательного»), если прошло не более одного месяца с момента регистрации факта смерти.

54. В какой срок медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» следует направить в органы государственной статистики?

а) в течение 7 суток (при инфекционных заболеваниях) или 45 дней (при прочих болезнях);

б) сроки не оговорены;

в) в течение 3 суток после внесения изменений в диагноз.

55. Допускается ли внесение исправлений в бланк свидетельства о смерти?

а) да, допускается, при обнаружении принципиальных ошибок;

б) нет, не допускается ни в коем случае;

в) да, допускается, не более одной, причем исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью специалиста, выдающего свидетельство, и печатью медицинской организации.

56. Как следует поступать с неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненными экземплярами свидетельств и корешками к ним?

а) для уничтожения испорченных бланков создается комиссия из трех сотрудников медицинского учреждения, оформляется акт об утилизации, запись о котором заносится в соответствующий журнал;

б) бланк свидетельства и корешок перечеркивают крест-накрест, делают надпись «испорчено» и оставляют в сброшюрованной книжке бланков;

в) испорченные бланки брошюруются отдельно и раз в квартал передаются в органы ЗАГС.

57. Как следует поступить в случае утери медицинского свидетельства о смерти лицом, его получившим?

а) так как медицинское свидетельство о смерти является документом строгой отчетности, повторная его выдача невозможна;

б) на основании письменного заявления лица, утратившего первое свидетельство, необходимо выписать абсолютно новое свидетельство о смерти;

в) необходимо составить новое свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат», только на основании письменного заявления лица, утратившего первое свидетельство.

58. Перечислите документы, на основании которых заполняется медицинское свидетельство о смерти:

а) паспорт умершего или документ, его заменяющий, свидетельство о рождении;

б) карта амбулаторного или стационарного больного;

в) все перечисленное в а и б.

59. На основании чего заполняются пункты «образование» и «занятость»

а) заполняются со слов родственников;

б) на основании предоставленных родственниками документов;

в) заполняются только при наличии данных в медицинской документации.

60. К первоначальной и непосредственной причинам смерти относятся состояния, записанные:

а) в строках «а», «б» и «в» раздела «I»;

б) в разделе «II»;

в) только строка «а» раздела «I».

61. Когда и кем заполняется и кодируется дополнительно строка «г» – указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.)?

а) только при проведении вскрытия, чаще всего судебно-медицинским экспертом, реже врачом-патологоанатомом;

б) во всех случаях, врачом общей практики, участковым врачом или врачом, работающим в стационаре;

в) только заведующим отделения.

62. Сколько нозологических единиц может быть внесено в раздел «II» («прочие важные состояния, способствовавшие смерти») свидетельства?

а) не более двух состояний;

б) только одна, наиболее важная;

в) количество записываемых состояний не ограничено.

63. Как излагается последовательность событий танатогенеза в строках «а–в» раздела «I»?

а) в последовательности, прямо соответствующей посмертному диагнозу;

б) в последовательности, обратной посмертному диагнозу;

в) без соответствия посмертному диагнозу.

64. Какие строки заполняются в случае совпадения первоначальной и непосредственной причин смерти?

а) в разделе «I» заполняется только строка «а»;

б) в разделе «I» в строках «а» и «б» указывается одна и та же нозологическая единица;

в) в разделе «I» заполняется только строка «б».

65. В каких случаях записи в разделе «I» медицинского свидетельства о смерти могут и должны быть сокращены до формулировок, имеющихся в медицинской документации?

а) когда свидетельство выдается участковым врачом или врачом общей практики на основании записей в медицинской документации,при отсутствии динамического наблюдения;

б) когда диагноз подтвержден морфологически;

в) когда свидетельство выдается после проведения вскрытия.

66. Можно ли при заполнении свидетельства употреблять общепринятые сокращения и аббревиатуры?

а) да, при необходимости, в целях экономии места;

б) нет, ни в коем случае;

в) да, только общепринятые в медицинской среде аббревиатуры.

67. Какой язык используется при заполнении медицинского свидетельства о смерти?

а) русский и при необходимости латинская терминология;

б) только русский;

в) тот, на котором заполнены документы умершего (паспорт).

68. Сколько нозологических единиц можно вписать в строках «а», «б» и «в» раздела «I»

а) не более одного заболевания (патологического состояния);

б) не более двух заболеваний (патологических состояний);

в) столько, сколько необходимо для отражения динамики заболевания.

69. Какое заболевание вписывается в раздел «I» при наличии у больного комбинированного заболевания?

а) любое имевшееся у умершего заболевание;

б) заболевание, ведущее значение которого признано в танатогенезе, или то, которое теоретически имеет более высокую вероятность летального исхода;

в) заболевание с большим числом осложнений.

70. Назовите сроки перинатального периода:

а) период с момента родов до 7 полных суток жизни;

б) период с 22-й полной недели внутриутробной жизни плода до 7 полных дней после рождения;

в) период с 22-й полной недели внутриутробной жизни плода до 30 полных дней (месяца) после рождения.

71. Укажите минимальный срок беременности, массу и рост родившихся плодов, подлежащих обязательной регистрации медицинскими учреждениями в медицинской документации

а) 22 недели беременности, масса тела при рождении 500 г, длина тела 25 см;

б) 28 недель беременности, масса 1000 г, длина тела 35 см;

в) 39–40 недель беременности, масса 3000 г, длина тела 50 см.

72. Продолжите фразу: «Медучреждениями осуществляется регистрация в медицинской документации родившихся с массой тела 500 г и более и длиной тела 25 см…»

а) только живорожденных;

б) только живорожденных, проживших более 7 суток;

в) всех (живых и мертвых), независимо от наличия признаков жизни при рождении.

73. В каких случаях медицинское свидетельство о рождении не заполняется?

а) при рождении мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более);

б) при рождении мертвого плода (массой 500 г и более, длиной тела 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более);

в) при смерти плода в течение часа после рождения, вне зависимости от срока беременности, массы и длины тела.

74. В каких случаях заполняется «Медицинское свидетельство о рождении» на плод, родившийся живым при сроке беременности 22 недели и более, массой тела при рождении 500 г и более, длиной тела 25 см и более обязательно?

а) во всех случаях вне зависимости от продолжительности внеутробной жизни;

б) в случаях, если такой плод прожил полные 7 суток после рождения;

в) в случаях, если такой плод прожил более 24 часов после рождения.

75. На основании каких документов осуществляется регистрация рождения мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более)

а) на основании выписки из истории родов;

б) на основании медицинского свидетельства о рождении;

в) на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти.

76. В каких случаях осуществляется обязательная регистрация в органах ЗАГС смерти новорожденных, родившихся при сроке беременности 22 недели и более, массой тела при рождении от 500 г до 999 г?

а) во всех случаях наступления смерти, вне зависимости от продолжительности внеутробной жизни;

б) в случаях, если смерть наступила позже полных 7 суток после рождения;

в) в случаях, если смерть наступила в течение первой недели жизни плода (до 7 суток).

77. Какие документы используются для заполнения паспортной части медицинского свидетельства о перинатальной смерти (пункты 1–10 корешка и 1–4, 12–19 свидетельства)?

а) свидетельство о рождении, история родов, карта стационарного больного;

б) только свидетельство о рождении;

в) только паспорт матери.

78. В медицинском свидетельстве о перинатальной смерти желательно указать:

а) только причины смерти ребенка (плода);

б) как причины смерти ребенка (плода), так и патологию со стороны матери, оказавшую неблагоприятное воздействие на плод;

в) только патологию со стороны матери, оказавшую неблагоприятное воздействие на плод.

79. Какие пункты чаще всего кодируются в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти для записи причин смерти ребенка (мертворожденного) практическими врачами?

а) строка «а» – основное заболевание (состояние) плода или новорожденного и строка «в» – основное состояние матери, оказавшее влияние на плод или новорожденного;

б) строка «б» – другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода и строка «г» – другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод);

в) строка «а» – основное заболевание (состояние) плода или новорожденного и строка «д» – другие обстоятельства, имеющие отношение к смерти.

80. Коды каких классов МКБ предпочтительны для характеристики состояния ребенка?

а) всех классов;

б) всех, кроме 18,19,20;

в) всех, кроме 15,16,17.

81. Коды, каких классов МКБ предпочтительны для характеристики патологии беременности и родов?

а) коды класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде»;

б) коды класса XV «Беременность, роды и послеродовый период»;

в) коды любых классов, в зависимости от причины смерти.

82. Можно ли использовать при заполнении строки «а» медицинского свидетельства о перинатальной смерти такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, т.е. характеризующие механизмы смерти?

а) нет, ни в коем случае;

б) да, можно, если они были единственными известными состояниями плода или новорожденного;

в) да, можно, если проводилось вскрытие плода или новорожденного.

83. В какие строки медицинского свидетельства о перинатальной смерти рекомендуется заносить такое состояние, как «недоношенность»?

а) в строки «а» и «д»;

б) в строки «в» и «г»;

в) в строки «а» и «б».12 Медицинское свидетельство о смерти

84. Для констатации каких состояний предусмотрена строка «д»?

а) для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на танатогенез, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние;

б) для констатации непосредственной причины смерти новорожденного;

в) для констатации основных соматических заболеваний матери, оказавших влияние на танатогенез.

85. Приведите примеры состояний, наиболее часто указывающихся в строке «д»:

а) сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия;

б) недоношенность, переношенность;

в) операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.

86. Какие рубрики должны использоваться для кодирования состояний матери, оказывающих влияние на новорожденного или плод?

а) рубрики P00–P04;

б) рубрики P05–P96;

в) рубрики Q00–Q99.

87. Какие рубрики не должны использоваться для кодирования состояния плода или новорожденного?

а) рубрики P05–P96;

б) рубрики P00–P04;

в) рубрики Q00–Q99.

88. Какие рубрики чаще всего используются практическими врачами для кодирования

состояния плода или новорожденного?

а) любые имеющиеся в МКБ рубрики;

б) рубрики A00–A99 и C00–C99;

в) рубрики Q00–Q99 и P05–P96.

89. Какие рубрики используют при кодировании установленной нозологической единицы?

а) все рубрики, имеющиеся в МКБ;

б) рубрики первых девятнадцати классов;

в) рубрики классов I, IV, XV–XIX.

90. Рубрики какого класса используют в качестве дополнительного кода при установлении внешних причин травм и отравлений?

а) при необходимости могут быть использованы все рубрики;

б) только рубрики XX класса;

в) рубрики классов I, IV, XV–XIX.

**Эталоны ответов на тестовые задания**

1.б 2.а 3.в 4.а 5.б 6.в 7.б 8.а 9.а 10.б 11.б 12.а 13.в 14.а 15.в 16.в 17.в 18.а 19.б 20.в 21.а 22.б 23.а 24.б 25.б 26.в 27.в 28.а 29.а 30.в 31.в 32.в 33.а 34.в 35.б 36.а 37.а 38.в 39.б 40.а 41.а 42.б 43.а 44.б 45.б 46.б 47.б 48.а 49.б 50.а 51.б 52.а 53.б 54.а 55.в 56.б 57.в 58.в 59.а 60.а 61.а 62.в 63.б 64.а 65.а 66.б 67.б 68.а 69.б 70.б 71.а 72.в 73.а 74.б 75.в 76.б 77.а 78.б 79.а 80.а 81.б 82.б 83.в 84.а 85.в 86.а 87.б 88.в 89.б 90б

**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ**

**Главному врачу**

ГБУ РД «……»

……

от ……..

(фамилия, имя, отчество)

прожив……..

……

паспорт……,

выдан……

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать медицинское свидетельство о смерти на имя……..,умерш(-его,-ей)…….(указать дату), в ……(указать населенный пункт), для регистрации и получения государственного свидетельства о смерти в органах записи гражданского состояния.

К заявлению прилагаются:

- паспорт заявителя (подлинник);

- паспорт умершего (подлинник);

- постановление об отказе в возбуждении уголовного дела;

-…….

«……»……201…г. ……..(подпись заявителя)