

Международная статистическая  
классификация болезней и проблем,  
связанных со здоровьем

Десятый пересмотр

Том 2  
Сборник инструкций

с обновлениями ВОЗ 1996-2020 гг.

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России  
Москва, 2020

Представленный документ является неофициальным переводом «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. Том 2 (Сборник инструкций)», подготовленный с учетом обновлений Всемирной организации здравоохранения за период 1996-2020 гг. Перевод с английского языка выполнен в рамках работ по созданию и внедрению подсистемы учета фактов смерти единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Документ может использоваться в качестве справочной информации для решения смежных задач в сфере здравоохранения на территории Российской Федерации.

# Содержание

<b>1.</b>	<b>Введение</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Описание <i>Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></b>	<b>2</b>
2.1	Цель и области применения	2
2.2	<b>Концепция «семейства» классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем</b>	<b>2</b>
2.2.1	Классификации, основанные на диагнозе	5
2.2.2	Недиагностические классификации	7
2.2.3	Информационное обеспечение первичной медико-санитарной помощи	9
2.2.4	Международная номенклатура болезней	10
2.2.5	Роль ВОЗ	11
2.3	<b>Общие принципы классификации болезней</b>	<b>11</b>
2.4	<b>Базовая структура и принципы классификации, принятые в МКБ</b>	<b>12</b>
2.4.1	Тома	12
2.4.2	Классы	13
2.4.3	Блоки рубрик	14
2.4.4	Трехзначные рубрики	14
2.4.5	Четырехзначные подрубрики	14
2.4.6	Дополнительные градации для использования на уровне пятого или последующих знаков кода	15
2.4.7	Класс XXII, коды «U»	15
<b>3.</b>	<b>Как пользоваться МКБ</b>	<b>16</b>
3.1	<b>Как пользоваться томом 1</b>	<b>16</b>
3.1.1	Введение	16
3.1.2	Использование полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик	16
3.1.3	Двойное кодирование некоторых состояний	17
3.1.4	Условные обозначения, используемые в полном перечне трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик	20
3.1.5	Рубрики с общими признаками	22
3.2	<b>Как пользоваться томом 3</b>	<b>23</b>
3.2.1	Построение Алфавитного указателя	23
3.2.2	Структура	23
3.2.3	Кодовые номера	24
3.2.4	Условные обозначения	24
3.3	<b>Основные принципы кодирования</b>	<b>24</b>
<b>4.</b>	<b>Правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости</b>	<b>26</b>
4.1.	<b>Инструкции по кодированию смертности: первоначальная причина смерти</b>	<b>26</b>
4.4.1	Цель инструкций – международная сопоставимость	26
4.1.2	Международная форма свидетельства о причине смерти	27

4.1.3	Основные положения	27
<b>4.2.</b>	<b>Инструкции по кодированию смертности: выбор первоначальной причины смерти</b>	<b>33</b>
4.2.1	Нахождение отправной точки (шаги SP1 – SP8)	34
4.2.2.	Проверка на модификации отправной точки (шаги M1–M4)	43
4.2.3.	Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям (шаги SP3 и SP4)	48
4.2.4.	Специальные инструкции по очевидной причине (шаг SP6)	54
4.2.5.	Специальные инструкции по взаимосвязям и другим положениям (шаг M1)	61
4.2.6	Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин (шаг M4)	95
4.2.7	Специальные инструкции по отравлениям лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (шаг M4)	96
4.2.8	Специальные инструкции по материнской смертности (шаг M4)	101
4.2.9	Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам (шаг M4)	103
<b>4.3.</b>	<b>Инструкции по кодированию смертности: множественные причины</b>	<b>106</b>
4.3.1	Введение	106
4.3.2	Неопределенный диагноз	107
4.3.3	Либо ... либо	107
4.3.4	Влияние связующих терминов	109
4.3.5	Злокачественные новообразования	112
4.3.6	Последствия	134
4.3.7	Специальные инструкции по другим рубрикам МКБ	135
4.3.8	Соответствие между полом пациента и диагнозом	138
<b>4.4</b>	<b>Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования</b>	<b>138</b>
4.4.1	Специальные инструкции по мертворождениям	138
<b>4.5</b>	<b>Заболееваемость</b>	<b>139</b>
4.5.1	Порядок записи диагностической информации для анализа данных о заболеваемости по единичному состоянию	140
4.5.2	Принципы кодирования «основного состояния» и «других состояний»	142
4.5.3	Правила для повторного выбора в тех случаях, когда основное состояние записано неправильно	148
4.5.4	Примечания к отдельным классам	153
<b>5.</b>	<b>Представление статистических данных</b>	<b>165</b>
<b>5.1</b>	<b>Введение</b>	<b>165</b>
<b>5.2</b>	<b>Источник данных</b>	<b>165</b>
<b>5.3</b>	<b>Уровень детализации причины в таблицах</b>	<b>165</b>
<b>5.4</b>	<b>Рекомендуемые специальные перечни для статистической разработки данных о смертности</b>	<b>166</b>
5.4.1	Краткие перечни	166
5.4.2	Отобранные перечни	166

5.4.3	Использование дополнительных обозначений с целью идентификации перечней для статистической разработки данных о смертности	166
5.4.4	Разработка перечней на местном уровне	166
<b>5.5</b>	<b>Специальный перечень для статистической разработки данных о заболеваемости</b>	<b>167</b>
5.5.1	Описание	167
5.5.2	Модификация специального перечня для статистической разработки данных о заболеваемости в соответствии с национальными требованиями	167
<b>5.6</b>	<b>Рекомендации, касающиеся статистических таблиц для международного сравнения</b>	<b>168</b>
5.6.1	Статистические таблицы	168
5.6.2	Статистическая разработка данных о причинах смерти	169
<b>5.7</b>	<b>Стандарты и требования к регистрации мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности</b>	<b>169</b>
5.7.1	Определения	169
5.7.2	Критерии регистрации данных	171
5.7.3	Статистические разработки для международного сравнения	171
5.7.4	Представление данных о причинах перинатальной смертности	173
<b>5.8</b>	<b>Стандарты и требования к отчетности, касающейся материнской смертности</b>	<b>174</b>
5.8.1	Определения	174
5.8.2	Международная отчетность	175
5.8.3	Публикация показателей материнской смертности	175
5.8.4	Знаменатели при расчетах показателей материнской смертности	175
<b>5.9</b>	<b>Доля случаев смерти, классифицированных по неточно обозначенным причинам</b>	<b>176</b>
<b>5.10</b>	<b>Заболеваемость</b>	<b>176</b>
<b>5.11</b>	<b>Меры предосторожности в случаях, когда перечни имеют подразделы</b>	<b>176</b>
<b>5.12</b>	<b>Проблемы малой популяции</b>	<b>176</b>
<b>5.13</b>	<b>«Пустые клетки» и клетки с низкими частотами</b>	<b>177</b>
<b>5.14</b>	<b>Рекомендации</b>	<b>177</b>
<b>6.</b>	<b>История развития МКБ</b>	<b>180</b>
6.1	Ранний период	180
6.2	Принятие Международного перечня причин смерти	181
6.3	Конференция по пятому десятилетнему пересмотру	183
6.4	Предшествующие классификации болезней для статистики заболеваемости	184
6.5	Комитет Соединенных Штатов Америки по множественным причинам смерти	186
6.6	Шестой пересмотр Международных перечней причин смерти	186
6.7	Седьмой и Восьмой пересмотры	188
6.8	Девятый пересмотр	188
6.9	Подготовка Десятого пересмотра	189

<b>7.</b>	<b>Приложения</b>	<b>191</b>
<b>7.1</b>	<b>Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти</b>	<b>191</b>
7.1.1	Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти	191
7.1.2	Причины смерти в свидетельстве о смерти в соответствии с МКБ-10 – Краткое справочное руководство	192
7.1.3	Предлагаемые дополнительные сведения о перинатальной смертности (мертворождения и живорожденные младенцы, умершие в течение 168 часов [1 неделя] с момента рождения)	196
<b>7.2</b>	<b>Перечень состояний, которые следует рассматривать как прямые следствия хирургического вмешательства и других инвазивных медицинских процедур</b>	<b>197</b>
7.2.1	Перечень состояний, которые следует рассматривать как очевидные следствия хирургического вмешательства	197
7.2.2	Перечень состояний, которые следует рассматривать как очевидные следствия других инвазивных медицинских процедур	200
<b>7.3</b>	<b>Перечень неточно обозначенных состояний</b>	<b>203</b>
<b>7.4</b>	<b>Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти</b>	<b>203</b>
<b>7.5</b>	<b>Причины ВИЧ-инфекции</b>	<b>211</b>
<b>7.6</b>	<b>Перечень состояний, которые могут вызывать сахарный диабет</b>	<b>211</b>
<b>7.7</b>	<b>Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы</b>	<b>213</b>
<b>7.8</b>	<b>Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц одного пола или встречающимися у них чаще всего</b>	<b>217</b>
7.8.1	Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц женского пола или встречающимися у них чаще всего	217
7.8.2	Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц мужского пола или встречающимися у них чаще всего	220
<b>7.9</b>	<b>Перечень пересмотренных терминов в инструкциях по кодированию смертности</b>	<b>221</b>
<b>7.10</b>	<b>Схема, иллюстрирующая последовательность применения инструкций по кодированию и выбору первоначальной причины смерти</b>	<b>222</b>
<b>7.11</b>	<b>Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования для стран, использующих свидетельство о причине перинатальной смерти 1993 года</b>	<b>224</b>
7.11.1	Свидетельство о перинатальной смерти	224
7.11.2	Порядок записи причин смерти	225
7.11.3	Составление статистических таблиц по причинам перинатальной смерти	226
7.11.4	Кодирование причин смерти	226
7.11.5	Правила кодирования	227
	<b>Библиографические ссылки</b>	<b>230</b>

## 1. Введение

Этот том *Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем* (МКБ-10), Десятого пересмотра содержит инструкции по регистрации и кодированию данных, много новой информации о практических аспектах использования данной классификации, а также исторический обзор создания и совершенствования этой классификации. Этот материал представлен отдельным томом для удобства его использования, когда возникает необходимость одновременной работы как с самой классификацией (том 1), так и с инструкциями по ее применению. Подробные инструкции по использованию Алфавитного указателя содержатся во введении к тому 3.

Данное руководство дает общее представление о МКБ, а также содержит практические инструкции для лиц, осуществляющих кодирование данных о смертности и заболеваемости, рекомендации по представлению и интерпретации данных. Руководство не является детальным учебным пособием по использованию МКБ. Представленный здесь материал необходимо дополнять соответствующими учебными курсами, предусматривающими интенсивную практическую работу с использованием конкретной медицинской документации с обсуждением возникающих вопросов.

Если вопросы, связанные с использованием МКБ, не удастся решить на местном уровне или с помощью национальных статистических служб, рекомендуется обращаться в Сотрудничающие центры ВОЗ по Семейству международных классификаций МКБ-ВОЗ (см. том 1).

## **2. Описание *Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем***

### **2.1 Цель и области применения**

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с общепринятыми критериями. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. МКБ используется для преобразования словесной клинической формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

На практике МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для решения всех основных эпидемиологических задач и многих задач, связанных с управлением здравоохранением. Эти задачи включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения, а также мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами, включая индивидуальные особенности или обстоятельства, влияющие на состояние здоровья отдельных лиц. МКБ не предназначена и непригодна для индексирования отдельных клинических случаев. Имеются также определенные трудности в использовании МКБ для изучения финансовых вопросов, таких как определение стоимости медицинских услуг или распределение ресурсов здравоохранения.

МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации, связанной со здоровьем и естественным движением населения. Первоначально МКБ использовалась для классификации причин смерти, указанных в свидетельстве о смерти. Позднее ее рамки были расширены, чтобы включить диагнозы для формирования статистических данных о заболеваемости. Важно отметить, что, хотя МКБ предназначена главным образом для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, не каждая проблема или причина обращения за медицинской помощью могут быть обозначены с помощью официального диагноза. Поэтому МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указываться вместо диагноза в медицинской документации (см. том 1, классы XVIII и XXI). Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как «диагноз», «причина госпитализации», «состояния, по поводу которых проводилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о состоянии здоровья.

### **2.2 Концепция «семейства» классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Хотя МКБ пригодна для решения многих прикладных задач, она не позволяет удовлетворить запросы всех потенциальных пользователей. Она не всегда позволяет включать достаточно подробные данные по некоторым медицинским специальностям, а иногда возникает необходимость в информации по различным характеристикам классифицируемых состояний. МКБ также малоприспособна для описания функционирования и ограничений жизнедеятельности как аспектов здоровья, и не включает в себя полный спектр данных по медицинским вмешательствам и их обоснованию.



Принципы, заложенные международной конференцией по МКБ-10 в 1989 году, послужили основой для разработки «семейства» медицинских классификаций (см. том 1, Доклад международной конференции по 10-му пересмотру Международной классификации болезней, раздел 6, «Семейство классификаций»). В последние годы, благодаря использованию МКБ и разработке соответствующих медицинских классификаций ВОЗ, концепция «семейства» получила дальнейшее развитие. В настоящее время так называемое «семейство» представлено набором интегрированных классификаций, которые имеют сходные характеристики и могут использоваться по отдельности или совместно для предоставления информации о различных аспектах здоровья и систем здравоохранения. Например, МКБ в качестве справочной классификации в основном используется для сбора информации о смертности и заболеваемости. Дополнительные характеристики состояния здоровья, функционирования и ограничений жизнедеятельности в настоящее время объединены в *Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья* (МКФ). В целом задача семейства международных классификаций ВОЗ (СМК-ВОЗ) состоит в предоставлении концептуальной системы для оценки информации, связанной со здоровьем и управлением здравоохранением. Таким образом, эти классификации устанавливают единый подход для улучшения обмена информацией и позволяют сравнивать данные по различным областям медицинской деятельности, полученные в разных странах и в разное время. ВОЗ и сеть СМК-ВОЗ стремятся построить семейство классификаций таким образом, чтобы оно базировалось на научно обоснованных и таксономических принципах, учитывало культурные особенности и могло применяться в международном масштабе, а также фокусировало внимание на многоплановости вопросов, связанных со здоровьем, с целью удовлетворить потребности самых разных пользователей.

СМК-ВОЗ должно служить основой для создания международных стандартов и предоставления необходимых составляющих компонентов для медицинских информационных систем. На рис. 1 представлены типы классификаций в СМК-ВОЗ.

**Рис. 1. Схематическое представление СМК-ВОЗ**



## ***Справочные классификации***

Это классификации, которые охватывают основные характеристики системы здравоохранения, такие как смертность, заболеваемость, функционирование, ограничение жизнедеятельности, здоровье и медицинские вмешательства. Справочные классификации ВОЗ являются результатом международных соглашений. Они получили широкое признание и официальное разрешение на использование, а также были одобрены и рекомендованы в качестве нормативных документов для составления международной отчетности о состоянии здоровья населения. Их можно использовать в качестве моделей для разработки или пересмотра других классификаций как в отношении их структуры и особенностей, так и в отношении определения классов.

В настоящее время в СМК-ВОЗ существуют две справочные классификации: МКБ – в качестве справочной классификации для сбора информации о смертности и заболеваемости, и МКФ – для сбора информации из различных областей, связанных с функционированием организма человека и ограничениями его жизнедеятельности. ВОЗ изучает возможность замены прежней *Международной классификации процедур в медицине* (см. раздел 2.2.2 «Недиагностические классификации») новой *Международной классификацией медицинских вмешательств* (МКМВ). Этот процесс будет проходить в несколько этапов, включающих консультации, полевые исследования и одобрение руководящими органами ВОЗ.

## ***Производные классификации***

Производные классификации основаны на справочных классификациях. Производные классификации могут быть подготовлены путем принятия структуры и классов справочной классификации, обеспечивая дополнительную детализацию сверх той, которая предусмотрена справочной классификацией, или они могут быть подготовлены путем перегруппировки или агрегирования компонентов одной или нескольких справочных классификаций. Производные классификации зачастую разрабатываются специально для использования на национальном или международном уровне.

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

## ***Связанные классификации***

Связанные классификации – это те, которые частично относятся к справочным классификациям или связаны со справочной классификацией только на определенных уровнях структуры. Процедуры поддержания, обновления и пересмотра статистических классификаций СМК способствуют решению проблем частичного соответствия между связанными классификациями и открывают возможности для большей гармонизации с течением времени. В рамках СМК-ВОЗ связанные классификации включают: *Международную классификацию первичной медико-санитарной помощи*, 2-е издание (МКПМСП-2), *Международную классификацию внешних причин травм* (МКВП), *Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности: классификация и терминология* (ISO9999) и *Анатомическую, химическую и терапевтическую систему классификации* (АХТ) с установленной суточной дозой (DDD).

## 2.2.1 Классификации, основанные на диагнозе

### *Специальные перечни для статистических разработок*

Специальные перечни для статистических разработок вытекают непосредственно из основной классификации и используются для представления данных и облегчения анализа сведений о состоянии здоровья и его динамики на международном, национальном и субнациональном уровнях. Специальные перечни для статистических разработок, рекомендованные для международных сравнений и публикаций, включены в том 1. Существуют пять таких перечней: четыре – для данных о смертности, и один – для данных о заболеваемости (более подробно этот вопрос рассмотрен в разделах 5.4 и 5.5).

### *Специализированные варианты*

Специализированный вариант обычно объединяет в одном компактном томе те разделы или рубрики МКБ, которые относятся к конкретной специальности. В таком томе сохраняются четырехзначные подрубрики, а большая детализация достигается с помощью пятизначных, а иногда и шестизначных подрубрик. Имеется также и алфавитный указатель соответствующих терминов. Другие адаптированные варианты могут иметь словарные определения рубрик и подрубрик внутри данной специальности.

Специализированные варианты зачастую разрабатываются международными группами специалистов, и в ряде случаев национальные группы специалистов публикуют свои варианты, которые позднее используются и другими странами. Ниже перечислены некоторые из основных специализированных вариантов, действующих в настоящее время.

### *Онкология*

Второе издание *Международной классификации онкологических болезней* (МКБ-О-3), опубликованное ВОЗ в 2000 г., предназначено для использования в регистрах рака, в патологоанатомических и других лабораториях, специализирующихся в области онкологии (1). МКБ-О является двухосевой классификацией с системой кодирования как по топографии, так и по морфологии. При кодировании по топографии для большинства новообразований используются те же самые трехзначные рубрики и четырехзначные подрубрики, которые используются в МКБ-10 для злокачественных новообразований (рубрики C00–C80). Благодаря этому МКБ-О позволяет более подробно указывать локализацию доброкачественных новообразований, чем это возможно в МКБ-10.

Морфологические коды новообразований идентичны тем, которые приведены в классификации *Systematized nomenclature of medicine* (SNOMED) (2) (*Систематизированная номенклатура медицины*), которая была разработана на основе изданного в 1968 г. руководства *Manual of tumor nomenclature and coding* (MOTNAC) (3) (*Руководство по номенклатуре опухолей и их кодированию*) и руководства *Systematized nomenclature of pathology* (SNOP) (4) (*Систематизированная номенклатура патологий*). Морфологический код имеет пять знаков: первые четыре знака обозначают гистологический тип, а пятый – характер новообразования (злокачественное, *in situ*, доброкачественное и т. д.). Морфологические коды МКБ-О также приведены в томе 1 МКБ-10 и дополнительно помещены в соответствующих разделах тома 3 (Алфавитный указатель). Имеются таблицы для перевода кодов третьего издания МКБ-О в коды МКБ-10.

### *Дерматология*

В 1978 г. Британская ассоциация дерматологов опубликовала руководство *International coding index for dermatology* (5) (*Международный индекс кодирования для дерматологии*),

сопоставимое с девятым пересмотром МКБ. Ассоциация также опубликовала адаптацию МКБ-10 для дерматологии при содействии Международной лиги дерматологических обществ.

### ***Зубоврачебное дело и стоматология***

В 1995 году ВОЗ опубликовала третье издание *Приложения МКБ для стоматологии* (МКБ-ЗС), основанного на МКБ-10 (6). Оно объединяет вместе рубрики МКБ, обозначающие болезни и состояния, которые возникают в полости рта, проявляются в ней или связаны с ней и примыкающими к ней структурами. Этот специализированный вариант обеспечивает большую детализацию, чем МКБ-10, за счет введения пятого знака, но система нумерации организована таким образом, что связь кодов МКБ-ЗС и кодов МКБ, из которых они образуются, совершенно очевидна, так что данные, представленные рубриками МКБ-ЗС, могут быть легко переведены в рубрики МКБ.

### ***Неврология***

В 1997 году ВОЗ опубликовала специализированный вариант МКБ-10 по неврологии (МКБ-НП), который сохраняет системы классификации и кодирования МКБ-10, но детализирован на пятизначном и большем уровне, что позволяет классифицировать неврологические болезни с большей точностью.

### ***Ревматология и ортопедия***

Международная Лига борьбы с ревматизмом работает над пересмотром документа *Приложение МКБ для ревматологии и ортопедии* (МКБ-РиОП), включая *Международную классификацию костно-мышечных нарушений* (МККМН), с целью совмещения их с МКБ-10. МКБ-РиОП предусматривает более детальную спецификацию состояний путем использования дополнительных знаков, которые позволяют отразить дополнительные сведения при сохранении совместимости с МКБ-10. МККМН предназначена для уточнения и стандартизации использования терминов; с этой целью в ней будет приведен словарь описательных характеристик групп состояний, таких как воспалительные полиартропатии.

### ***Педиатрия***

Под эгидой Международной ассоциации педиатров Британская педиатрическая ассоциация (БПА) опубликовала руководство *Приложение МКБ для педиатрии*, в котором используется пятый знак для обеспечения большей детализации. Оно заменяет аналогичные руководства, подготовленные БПА для МКБ-8 и МКБ-9.

### ***Психические расстройства***

Опубликованная в 1992 году *Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10: клинические описания и диагностические критерии* содержит для каждой рубрики класса V МКБ-10 («Психические расстройства и расстройства поведения») общие описания и диагностические критерии, а также комментарии по поводу дифференциальной диагностики и перечень синонимов и исключенных терминов (8). Когда необходима большая детализация, руководство дает возможность использовать пятый и шестой знаки. Второе руководство, имеющее отношение к классу V, *Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10: диагностические критерии для исследования*, было опубликовано в 1993 году (9).

Также был разработан вариант классификации для использования в первичной медико-санитарной помощи (10), и другой вариант, который использует иную структуру рубрик

психических расстройств у детей в многоосевой системе (11), позволяющей одновременно оценивать клиническое состояние, сопутствующие факторы окружающей среды и степень инвалидности, связанной с конкретной болезнью.

## **2.2.2 Недиагностические классификации**

### ***Процедуры, применяемые в медицине***

*Международная классификация процедур в медицине* (МКПМ) была опубликована ВОЗ в двух томах в 1978 году (12, 13). Она включает диагностические, профилактические, терапевтические, рентгенорадиологические, медикаментозные, хирургические и лабораторные процедуры. Эта классификация была принята рядом стран, в то время как другие страны использовали ее как основу для разработки собственной национальной классификации хирургических операций.

Руководители Сотрудничающих центров ВОЗ по классификации болезней признали, что консультации, которые обязательно должны были предшествовать завершению и публикации этой работы, оказались недостаточными для такого широкого и быстро развивающегося направления. Поэтому было рекомендовано не проводить очередного пересмотра МКПМ в связи с Десятым пересмотром МКБ.

В 1987 г. Комитет экспертов по Международной классификации болезней обратился в ВОЗ с просьбой обновить по крайней мере общее описание хирургических процедур МКПМ (раздел 5) применительно к Десятому пересмотру. В ответ на эту просьбу и пожелания, высказанные рядом стран, Секретариат подготовил перечень процедур.

На совещании в 1989 г. руководители Сотрудничающих центров согласились с тем, что этот перечень может служить руководством для национальных публикаций статистики хирургических процедур, а также облегчить международную сопоставимость данных. Этот перечень следует использовать также как основу для разработки сопоставимых национальных классификаций хирургических процедур.

Работа над перечнем будет продолжена, но он будет опубликован только после выхода в свет МКБ-10. Тем временем разрабатываются иные подходы к этому предмету. Некоторые из них имеют общие характеристики, такие как фиксированные поля для конкретных понятий (орган, метод, подход и т. д.), возможность автоматического обновления и гибкость, дающая возможность использования более чем для одной цели.

### ***Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)***

МКФ была опубликована ВОЗ на всех шести официальных языках ВОЗ в 2001 году (14) после ее официального одобрения на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года. Впоследствии она была переведена более чем на 25 языков.

МКФ разделяет состояние здоровья и связанные с ним состояния на две части. Часть 1 классифицирует функционирование и ограничения жизнедеятельности. Часть 2 включает контекстные факторы окружающей среды и личностные контекстные факторы. Функционирование и ограничения жизнедеятельности в части 1 описаны с точки зрения организма, индивида и общества и включают две составляющие: (i) функции и структуры организма, и (ii) активность и участие. Поскольку функционирование и ограничения жизнедеятельности человека связаны с определенным контекстом, МКФ также включает перечень факторов окружающей среды.

МКФ пришла на смену *Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности* (МКН) (15). Как следствие, старые термины и определения МКН были заменены следующими новыми терминами и определениями МКФ:

*Функционирование* – это общий термин для функций и структур организма, активности и участия. Он обозначает позитивные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстными факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

*Ограничения жизнедеятельности* – это общий термин для нарушений, ограничений активности и ограничений возможности участия. Он обозначает негативные аспекты взаимодействий между индивидом (с изменением здоровья) и контекстными факторами индивида (факторы окружающей среды и личностные факторы).

*Функции организма* – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

*Структуры организма* – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

*Нарушение* – это проблемы, возникающие в функциях или структурах организма, такие как существенное отклонение или утрата.

*Активность* – это выполнение задачи или действия индивидом.

*Ограничение активности* – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

*Участие* – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

*Ограничение возможности участия* – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

*Факторы окружающей среды* создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

МКФ использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы b, s, d, e используются для обозначения функций и структур организма, активности и участия и факторов окружающей среды. За этими буквами следует числовой код, который начинается с номера раздела (одна цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый). Категории МКФ сгруппированы таким образом, что общие категории включают в себя более детализированные родственные подкатегории. Любой индивид может иметь ряд кодов на каждом уровне. Они могут быть независимыми или взаимосвязанными.

Коды МКФ приобретают законченный вид только тогда, когда присутствует определитель, который отмечает величину уровня здоровья (например, выраженность проблемы). Определители кодируются одной, двумя или большим количеством цифр после разделительной точки. Использование любого кода должно сопровождаться применением хотя бы одного определителя. Коды теряют смысл, если они используются без определителей. Первый определитель для функций и структур организма, определители реализации и потенциальной способности для активности и участия, а также первый

определитель для факторов окружающей среды отражают степень выраженности проблем в представленных составляющих.

МКФ рассматривает понятия «здоровье» и «ограничения жизнедеятельности» в новом свете. Признается, что каждый человек может испытывать ухудшение здоровья и, таким образом, столкнуться с ограничением своей жизнедеятельности. И это случается у большинства людей. Таким образом, МКФ «учитывает» возможность возникновения ограничений жизнедеятельности и признает, что такое может случиться со всеми людьми. Смещение акцента с причины на следствие позволяет оценивать состояние здоровья и нездоровья на единой основе и использовать одинаковые шкалы для измерения здоровья и ограничений жизнедеятельности. Кроме того, МКФ принимает во внимание социальные аспекты ограничений жизнедеятельности, выходя за рамки сугубо медицинского или биологического подхода. Используя контекстные факторы, включающие факторы окружающей среды, МКФ позволяет оценить и зарегистрировать их влияние на функционирование индивида.

МКФ является основным инструментом ВОЗ для оценки здоровья и степени нетрудоспособности как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Если МКБ используется для классификации болезней и причин смерти, то МКФ – для классификации уровней здоровья. МКБ и МКФ представляют собой два главных конструктивных блока, на которых строится СМК-ВОЗ. Вместе они обеспечивают исключительно масштабные, но вместе с тем точные инструменты для получения полной картины здоровья.

### **2.2.3 Информационное обеспечение первичной медико-санитарной помощи**

Одной из задач *Глобальной стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году (16)* является информационная поддержка первичной медико-санитарной помощи (ПМП). В странах, не имеющих полной информации или обладающих только данными низкого качества, необходимо применять различные подходы, чтобы дополнить или заменить общепринятое использование МКБ.

Начиная с конца 70-х годов, разные страны экспериментировали со сбором информации немедицинским персоналом. Этот подход был впоследствии расширен до концепции, называемой «нетрадиционные методы». Эти методы, включающие разнообразные приемы, развились в разных странах как средство получения информации о состоянии здоровья в ситуациях, когда традиционные методы (переписи, обследования, общая или больничная статистика заболеваемости и статистика смертности) оказались неадекватными.

Один из этих подходов – «популяционная информация» – включает участие населения в определении, сборе и использовании данных, касающихся здоровья. Степень участия населения колеблется только от сбора данных до планирования, анализа и использования информации. Опыт некоторых стран показал, что это не просто некая теоретическая схема. Международная конференция по Десятому пересмотру Международной классификации болезней (см. том 1) отметила в своем отчете:

На Конференции было сделано сообщение об опыте стран в развитии и применении информации о состоянии здоровья населения общины, в которой охвачены проблемы и потребности, касающиеся здоровья, факторы риска и ресурсы здравоохранения. Этот опыт подтверждает концепцию необходимости разработки нетрадиционных методов статистики на уровне общин как способа восполнения информационных пробелов в отдельных странах и усиления их информационных систем. Было подчеркнуто, что развитые и развивающиеся страны должны на местах совершенствовать эти методы или системы, поскольку

различия в характере заболеваемости, языке, культуре препятствуют простому переносу этих методов в другие регионы и страны.

Учитывая обнадеживающие результаты, достигнутые при использовании этого подхода во многих странах, участники Конференции пришли к выводу о том, что ВОЗ должна продолжать руководить разработкой местных схем и поддерживать дальнейшее развитие указанного подхода.

#### **2.2.4 Международная номенклатура болезней**

В 1970 году Совет международных медицинских научных организаций (СММНО) начал подготовку Международной номенклатуры болезней (МНБ) при содействии организаций-членов, и в 1972-1974 гг. вышли в свет пять томов предварительного варианта номенклатуры. Однако вскоре стало ясно, что составление такой номенклатуры, чтобы она была действительно международной, требует более широкой консультативной поддержки, чем та, которую могли обеспечить только члены СММНО. В 1975 г. МНБ превратилась в совместный проект СММНО и ВОЗ, возглавляемый Техническим руководством комитета, состоящим из представителей обеих организаций.

Главная цель МНБ – дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название. Основными критериями выбора этого названия должны быть: специфичность (применимость к одной и только одной болезни), однозначность, чтобы название, насколько это возможно, само указывало на суть болезни, как можно большая простота; кроме того (насколько это возможно), название болезни должно быть основано на ее причине. Вместе с тем многие широко распространенные названия, которые не полностью отвечают приведенным выше критериям, сохранены как синонимы при условии, что они не являются неправильными, не вводят в заблуждение и не противоречат рекомендациям международных специализированных организаций. Рекомендовано избегать эпонимических терминов, поскольку они не раскрывают суть болезни, однако широко распространенные названия (например, болезнь Ходжкина, болезнь Паркинсона и болезнь Аддисона) должны быть сохранены.

Каждой болезни или синдрому с рекомендованным названием дается однозначное и по возможности краткое определение. После каждого определения приводится перечень синонимов. Эти исчерпывающие перечни при необходимости дополняются разъяснениями того, почему некоторые синонимы отвергнуты или почему якобы синоним на самом деле не является синонимом.

Предполагается, что МНБ будет дополнять МКБ. Разница между номенклатурой и классификацией обсуждается в разделе 2.3. По возможности терминологии МНБ было отдано предпочтение при составлении МКБ.

До 1992 г. опубликованы следующие тома МНБ *Infectious diseases (Инфекционные болезни)* [бактериальные болезни (1983) (17), микозы (1982) (18), вирусные болезни (1983) (19), паразитарные болезни (1987) (20)]; *Diseases of the lower respiratory tract [Болезни нижних дыхательных путей (1979) (21)]*; *Diseases of the digestive system [Болезни пищеварительной системы (1990) (22)]*; *Cardiac and vascular diseases [Болезни сердца и сосудов (1989) (23)]*; *Metabolic, nutritional and endocrine disorders [Болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ (1991) (24)]*; *Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system [Болезни почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (1992) (25)]* и *Diseases of the female genital system [Болезни женских половых органов (1992) (26)]*.



## 2.2.5 Роль ВОЗ

Большинство классификаций, описанных выше, являются плодом очень тесного сотрудничества между неправительственными организациями, другими учреждениями, отделами и подразделениями ВОЗ. Это сотрудничество координирует специальное подразделение ВОЗ, которое обеспечивает общее руководство и оказывает консультативную помощь.

ВОЗ содействует разработке специализированных вариантов, которые расширяют сферу применения МКБ и МКФ и облегчают сопоставимость данных медицинской статистики. Роль ВОЗ в разработке новых классификаций, адаптированных вариантов и словарей состоит в обеспечении общего руководства и выполнении функций центра обработки и анализа информации, оказывающего при необходимости техническую помощь. Лица, заинтересованные в подготовке вариантов МКБ-10 или МКФ, должны сразу же проконсультироваться в ВОЗ, как только будут четко сформулированы цели конкретного варианта. Координированный подход к разработке различных компонентов семейства классификаций дает возможность избежать ненужного дублирования.

## 2.3 Общие принципы классификации болезней

Еще в 1856 г. Уильям Фарр (William Farr) заявил, что (27):

«Классификация – это метод обобщения. Можно с успехом использовать несколько классификаций; клиницист, патологоанатом и юрист, каждый со своей точки зрения, могут с полным основанием классифицировать болезни и причины смерти таким образом, который будет наиболее всего способствовать решению изучаемого вопроса и поможет прийти к общим выводам».

Статистическая классификация болезней должна ограничиваться определенным числом взаимоисключающих рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Рубрики следует выбирать таким образом, чтобы облегчить статистическое изучение болезней. Конкретная болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, должна быть представлена отдельной рубрикой. В противном случае рубрики будут охватывать группы отдельных, но родственных состояний. Каждая болезнь или патологическое состояние должны занимать строго определенное место в перечне рубрик. Таким образом, на протяжении всей классификации должны быть предусмотрены остаточные рубрики для других и смешанных состояний, которые не могут быть отнесены к каким-либо конкретным рубрикам. Число состояний, отнесенных к остаточным рубрикам, должно быть минимальным.

Именно элемент группировки отличает статистическую классификацию от номенклатуры болезней, которая должна иметь отдельное заглавие для каждой известной болезни. Концепции классификации и номенклатуры, тем не менее, тесно связаны, поскольку номенклатура часто бывает организована по системному принципу.

Если статистическая классификация имеет иерархическую структуру с подразделами, она может допускать различные уровни детализации. Статистическая классификация болезней должна обеспечивать возможность идентифицировать конкретную болезнь и представлять статистические данные по широким группам, чтобы с ее помощью можно было получить полезную и понятную информацию.

Те же общие принципы могут быть применены к классификации других связанных со здоровьем проблем и поводов для обращений в медицинские организации, которые также включены в МКБ.

МКБ разработана как практический инструмент, а не как чисто теоретическая классификация, в которой допущен ряд компромиссов между классификациями, основанными на этиологии, анатомической локализации, обстоятельствах возникновения болезни и т. д. Имел место ряд корректировок, чтобы учесть возможность применения МКБ как статистического приложения для различных областей, таких как статистика смертности, заболеваемости, социальной защиты населения и других разделов медицинской статистики и данных обследования здоровья населения.

## **2.4 Базовая структура и принципы классификации, принятые в МКБ**

МКБ является переменнo-осевой классификацией. Ее структура разработана на основе классификации, предложенной Уильямом Фарром в самом начале проведения международных дискуссий по структуре классификации. Его схема заключалась в том, что для всех практических и эпидемиологических целей статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемические болезни
- конституциональные или общие болезни
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации
- болезни, связанные с развитием
- травмы

Эта структура видна в классах МКБ-10. Она выдержала проверку временем и, будучи в некотором отношении произвольной, по-прежнему считается более удобной для основных эпидемиологических целей, чем любая из предложенных и апробированных альтернатив.

Две первые и две последние группы из перечисленных выше являются «специальными группами», объединяющими те состояния, которые было бы неудобно группировать для эпидемиологических исследований, если бы они были разбросаны, например, если классификация была бы составлена преимущественно по анатомической локализации. Оставшаяся группа «местных болезней, сгруппированных по анатомической локализации» включает в себя классы МКБ для каждой из основных систем организма.

Различие между классами, относящимися к «специальным группам», и классам, относящимися к «системам организма», имеет практическое значение для понимания структуры классификации, для кодирования и интерпретации статистических данных, полученных на ее основе. Необходимо помнить, что, как правило, состояния классифицируются преимущественно в одном из классов, относящихся к «специальным группам». В случае сомнения относительно того, куда отнести данное состояние, приоритет следует отдавать классам «специальных групп».

Основу МКБ составляет единый кодовый перечень трехзначных рубрик, каждая из которых может быть далее подразделена на четырехзначные подрубрики числом до десяти. Вместо чисто цифровой системы кодирования в предыдущих пересмотрах, в Десятом пересмотре использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до Z99.9. Буква U не используется (см. раздел 2.4.7).

### **2.4.1 Тома**

МКБ-10 состоит из трех томов: том 1 содержит основную классификацию, том 2 – инструкции по применению для пользователей МКБ, том 3 представляет собой Алфавитный указатель к классификации.

Большую часть тома 1 занимает основная классификация, состоящая из перечня трехзначных рубрик и полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик и их содержания. «Сердцевина» классификации – перечень трехзначных рубрик (том 1) – является обязательным уровнем для представления информации в базу данных ВОЗ о смертности и для основных международных сравнений. В этой «сердцевине» классификации также перечислены названия классов и блоков. Полный перечень, дающий детализацию на четырехзначном уровне, разделен на 22 класса.

В томе 1 также содержатся:

- *Специальные перечни для сводных статистических разработок данных о смертности и заболеваемости.* Так как полный четырехзначный перечень МКБ и даже трехзначный перечень слишком объемные, чтобы быть представленными в каждой статистической таблице, большинство текущих статистик используют перечень рубрик и подрубрик, в которых упор делается на некоторые отдельные состояния, а другие группируются. Составной частью МКБ являются четыре специальных перечня для сводных статистических разработок данных о смертности. Перечни 1 и 2 касаются общей смертности, перечни 3 и 4 – младенческой и детской смертности (возрастные группы от 0 до 4 лет). Имеется также специальный перечень для сводных статистических разработок данных о заболеваемости. Эти перечни приведены в томе 1. Правила использования различных уровней классификации и специальных перечней даны в разделе 5 настоящего тома.
- *Определения.* Определения, приведенные в томе 1, были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения и включены для облегчения международной сопоставимости данных.
- *Номенклатурные правила.* Эти правила приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения и устанавливают официальную ответственность государств-членов ВОЗ в отношении классификации болезней и причин смерти, составления и публикации статистических данных. Они приведены в томе 1.

#### 2.4.2 Классы

Классификация разделена на 22 класса. Первым знаком кода в МКБ является буква, и каждая буква соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классе II «Новообразования» и в классе III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», и буквы H, которая используется в классе VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и в классе VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка». Четыре класса (классы I, II, XIX и XX) используют более одной буквы в первом знаке своих кодов.

Каждый класс содержит достаточное число трехзначных рубрик, чтобы охватить весь включенный в него материал; использованы не все имеющиеся в распоряжении коды, что дает возможность для будущих пересмотров и большей детализации.

Классы I–XVII относятся к заболеваниям и другим патологическим состояниям, класс XIX – к травмам, отравлениям и некоторым другим следствиям внешних причин. Остальные классы охватывают ряд современных понятий, касающихся диагностических данных. Класс XVIII охватывает «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» традиционно использовался для классификации внешних причин травм и отравлений, но, начиная с Девятого пересмотра, он также предназначается для регистрации любых внешних причин болезней и других патологических состояний. И в заключение класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации» предназначен для

классификации данных, объясняющих причину обращения в медицинские организации человека, не являющегося больным в данное время, или обстоятельств, в силу которых пациент получает медицинскую помощь именно в это время, или же имеющих какое-либо иное отношение к помощи, которую он получает.

### **2.4.3 Блоки рубрик**

Классы подразделяются на однородные «блоки» трехзначных рубрик. В классе I названия блоков отражают две оси классификации – способ передачи инфекции и широкую группу патогенных микроорганизмов. В классе II первой осью является характер новообразований; в пределах группировки по характеру новообразований осью для формирования подгрупп в основном является локализация, хотя несколько трехзначных рубрик предназначены для важных морфологических типов новообразований (например, лейкозы, лимфомы, меланомы, мезотелиомы, саркома Капоши). Диапазон рубрик дан в скобках после каждого названия блока.

### **2.4.4 Трехзначные рубрики**

В рамках каждого блока некоторые из трехзначных рубрик предназначены только для одной болезни, отобранной вследствие ее частоты, тяжести, восприимчивости к мероприятиям, осуществляемым в области общественного здравоохранения, в то время как другие трехзначные рубрики предназначены для групп болезней с некоторыми общими характеристиками. В блоке обычно имеются рубрики для «других» состояний, дающие возможность классифицировать большое число различных, но редко встречающихся состояний, а также «неуточненные» состояния.

### **2.4.5 Четырехзначные подрубрики**

Хотя это и не является обязательным для представления данных на международном уровне, большинство трехзначных рубрик подразделены посредством четвертого цифрового знака после десятичной точки для того, чтобы можно было использовать еще до 10 подрубрик. Если трехзначная рубрика не подразделена, рекомендуется использовать букву «X» для заполнения места четвертого знака, чтобы коды имели стандартный размер для статистической обработки данных.

Четырехзначные подрубрики используют любым подходящим способом, определяя, например, различные локализации или разновидности одной болезни, если трехзначная рубрика предназначена только для одной болезни, или же отдельные болезни, если трехзначная рубрика предназначена для группы болезней.

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

Когда одинаковые четвертые знаки используются при градации нескольких трехзначных рубрик, смысловое значение этих четвертых знаков указывается только один раз – перед началом перечисления рубрик. В каждой такой рубрике дается примечание, указывающее, где содержатся более подробные сведения, например, рубрики O03–O06 для разных типов абортот имеют общий четвертый знак, отражающий осложнения основного состояния (см. том 1).

#### **2.4.6 Дополнительные градации для использования на уровне пятого или последующих знаков кода**

Пятый и последующие уровни кода обычно представляют собой подклассификации по различным осям по отношению к четырехзначному коду. Они содержатся в следующих классах:

Класс XIII – подрубрики по анатомической локализации;

Класс XIX – подрубрики для обозначения открытых и закрытых переломов, а также внутричерепных, внутригрудных и внутрибрюшных повреждений с открытой раной и без нее;

Класс XX – подрубрики для обозначения видов деятельности в момент происшествия, теперь указываются в отдельном поле как желательная дополнительная информация

#### **2.4.7 Класс XXII, коды U**

Коды U00–U49 следует использовать для временного обозначения новых болезней неясной этиологии. Коды U50–U99 могут быть использованы в исследовательских целях, например, для апробирования альтернативной подклассификации в рамках специального проекта. В настоящее время сюда включены тяжелый острый респираторный синдром и специальные коды для бактериальных агентов, устойчивых к антибиотикам.

### **3. Как пользоваться МКБ**

Этот раздел содержит практическую информацию для всех пользователей о наиболее эффективном применении данной классификации. Знание и понимание целей и структуры МКБ жизненно важно как для статистиков и аналитиков, имеющих дело с медико-санитарной информацией, так и для кодировщиков. Точность и последовательность применения МКБ зависит от правильного использования всех трех томов.

#### **3.1 Как пользоваться томом 1**

##### **3.1.1 Введение**

Том 1 МКБ содержит саму классификацию. Здесь указываются рубрики, к которым следует относить диагнозы, что облегчает сортировку и анализ в статистических целях. В нем также указано определение содержания рубрик, подрубрик и позиций полного перечня, которые могут быть включены в статистические таблицы.

Теоретически возможно, что кодировщик найдет правильный код только с помощью тома 1, однако этот процесс может занять много времени и привести к ошибкам. Алфавитный указатель как путеводитель по классификации содержится в томе 3. Введение к указателю содержит важную информацию о его взаимосвязи с томом 1.

По большей части повседневное использование МКБ в статистических целях предусматривает выбор какого-то одного патологического состояния из свидетельства о смерти или другого медицинского документа, в которых указано более чем одно патологическое состояние. Правила такого выбора при формировании статистики смертности и заболеваемости содержатся в разделе 4 данного тома.

Подробное описание Полного перечня приведено в разделе 2.4.

##### **3.1.2 Использование полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик**

###### ***Включенные термины***

В рамках трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик<sup>1</sup> обычно перечислен ряд других диагностических терминов. Их называют «включенными терминами», и они даются в дополнение к названиям рубрик как примеры диагностических формулировок, классифицируемых в этой рубрике. Они могут относиться к различным состояниям или могут быть синонимами. Они не являются подклассификацией той или иной рубрики.

Включенные термины перечислены прежде всего как указание к содержанию рубрик. Многие перечисленные позиции относятся к важным или наиболее часто используемым терминам, принадлежащим к данной рубрике. Другие термины характеризуют пограничные состояния или локализации, внесенные для того, чтобы точнее определить, где проходит граница между одной и другой подрубрикой. Перечни включенных терминов отнюдь не являются исчерпывающими, и альтернативные названия диагностических единиц включены в Алфавитный указатель, к которому следует обращаться в первую очередь при кодировании того или иного диагноза.

<sup>1</sup> В контексте МКБ слово «рубрика» обозначает как трехзначную рубрику, так и четырехзначную подрубрику.

Иногда включенные термины необходимо читать в контексте с названиями рубрик. Это обычно бывает в тех случаях, когда включенные термины представляют собой детализацию перечня локализаций или фармацевтических препаратов, и для их понимания необходимо прежде ознакомиться с соответствующими словами из названия рубрики (например, «Злокачественные новообразования ...», «Травмы ...», «Отравления ...»).

Диагностические формулировки, общие для ряда рубрик или всех подрубрик конкретной трехзначной рубрики, находятся в примечаниях, озаглавленных «Включено» и следующих непосредственно за названием класса, блока или рубрики.

### ***Исключенные термины***

Некоторые рубрики содержат перечни состояний, которым предшествует слово «Исключено». Имеются термины, которые, учитывая название данной рубрики, предположительно могли бы быть отнесены к ней, но на самом деле классифицируются в других рубриках. Таким примером является рубрика А46 «Рожа», из которой исключена рожа в послеродовом периоде. После каждого исключенного термина в скобках указан кодовой номер другой рубрики и подрубрики, к которым следует отнести этот термин.

Общие исключения в пределах ряда рубрик или всех подрубрик конкретной трехзначной рубрики указаны в примечаниях, озаглавленных «Исключено», следующих сразу за названием класса, блока или рубрики.

### ***Описания в виде глоссария***

В классе V «Психические расстройства и расстройства поведения» в дополнение к включенным и исключенным терминам для обозначения содержания рубрик используются описания в виде глоссариев. Такое построение принято в связи с тем, что терминология психических расстройств сильно варьирует, особенно в разных странах, и одно и то же название может быть использовано для описания совершенно разных состояний. Глоссарий не предназначен для использования кодировщиками.

Определения аналогичного типа представлены и в других разделах МКБ, например в классе XXI, для более точного указания содержания рубрики.

## **3.1.3 Двойное кодирование некоторых состояний**

### ***Система кодирования «крестик» и «звездочка»***

МКБ-9 ввела систему, получившую дальнейшее развитие в МКБ-10, посредством которой диагностическим формулировкам присваиваются два кода, содержащие информацию как о первоначальной генерализованной болезни, так и о ее проявлении в отдельном органе или области тела, представляющем собой самостоятельную клиническую проблему.

Главным кодом в этой системе является код первоначальной болезни, он помечен крестиком (†); факультативный дополнительный код, относящийся к проявлению болезни, помечен звездочкой (\*). Эта система была разработана в связи с тем, что кодирование только по первоначальной болезни часто не удовлетворяло потребности сбора статистической информации, имеющей отношение к конкретным случаям. Кроме того, существовала потребность отнести конкретную болезнь в класс МКБ, соответствующий ее проявлению, если это проявление являлось самостоятельной причиной для оказания медицинской помощи.

Поскольку система кодирования «крестик» и «звездочка» предусматривает альтернативные классификации для представления статистических данных, принцип МКБ состоит в том, что код со значком «крестик» является основным и должен использоваться всегда. Код со значком «звездочка» не может быть использован для кодирования как единственный. Однако при кодировании заболеваемости последовательность использования «крестика» и «звездочки» может быть изменена, когда главное внимание при оказании помощи уделяется проявлениям болезни. Статистика, регистрирующая коды со значком «крестик», соответствует традиционной классификации в представлении данных о смертности и других аспектах медицинской помощи.

Коды со звездочками даны как трехзначные рубрики. В классификации имеются отдельные рубрики для одних и тех же состояний, что допустимо, когда конкретная болезнь не указана как первоначальная причина. Например, рубрики G20 и G21 предназначены для тех форм паркинсонизма, которые не относятся к проявлениям других болезней, классифицированных в других рубриках, в то время как рубрика G22\* предназначена для «Паркинсонизма при болезнях, классифицированных в других рубриках». Для состояний, указанных в рубриках со звездочками, приводятся соответствующие коды с крестиком, например для сифилитического паркинсонизма, помещенного в рубрику G22\*, указан код с крестиком A52.1†.

Некоторые коды с крестиком могут быть указаны в специальных рубриках с крестиком. Однако гораздо чаще код с крестиком для диагнозов с двойными элементами информации и немаркированные коды для диагнозов с единичным элементом информации могут относиться к одной и той же рубрике или подрубрике.

Система кодирования «крестик» и «звездочка» используется в классификации в ограниченном числе случаев. Во всей классификации имеется 83 специальные рубрики, помеченные звездочками, и они перечислены в начале соответствующих классов.

Рубрики, в которых встречаются термины, помеченные значком «крестик», могут иметь одну из трех различных форм:

- (i) Если значок (†) и альтернативный код со звездочкой фигурируют в названии рубрики, то все отнесенные к этой рубрике состояния подлежат двойной классификации, и все они имеют одинаковый альтернативный код, например:

A17.0†      Туберкулезный менингит (G01\*)  
                  Туберкулез мозговых оболочек (головного мозга) (спинного мозга)  
                  Туберкулезный лептоменингит

- (ii) Если в названии рубрики имеется значок «крестик», но альтернативный код со звездочкой отсутствует, то все состояния, которые могут быть отнесены к этой рубрике, подлежат двойной классификации, но имеют разные альтернативные коды (которые приведены для каждого термина отдельно), например:

A18.1†      Туберкулез мочеполовых органов  
                  Туберкулез:  
                  мочевого пузыря (N33.0\*)  
                  шейки матки (N74.0\*)  
                  почки (N29.1\*)  
                  мужских половых органов (N51.-\*)  
                  мочеточника (N29.1\*)  
                  Туберкулезное воспаление женских тазовых органов (N74.1\*)



- (iii) Если в названии рубрики нет ни значка «крестик», ни альтернативного кода со звездочкой, рубрика в целом не подлежит двойной классификации, но отдельные включенные в нее состояния могут классифицироваться двояко; такие термины помечают крестиком с указанием их альтернативных кодов, например:

A54.8            Другие гонококковые инфекции  
Гонококковый (ая, ое):  
...  
перитонит† (K67.1\*)  
пневмония† (J17.0\*)  
сепсис  
поражение кожи

### ***Другие виды факультативного двойного кодирования***

Имеются определенные ситуации, отличные от системы кодирования «крестик» и «звездочка», которые позволяют использовать два кода МКБ для более полного описания заболевания пациента. Примечания в полном перечне рубрик (том 1) «При необходимости используют дополнительный код...» обозначают многие из этих ситуаций. Дополнительные коды следует использовать только в специальных статистических разработках.

Такой способ кодирования используется:

- (i) для местных инфекций, отнесенных к классам «системы организма», где могут добавляться коды из класса I, чтобы указать природу возбудителя, если эта информация не приведена в названии рубрики. Для этой цели в классе I предназначен блок рубрик B95–B98;
- (ii) для новообразований с функциональной активностью. Чтобы обозначить тип функциональной активности, к коду класса II может быть добавлен соответствующий код из класса IV;
- (iii) для новообразований, морфологический код которых, указанный в МКБ-О, хотя и не являющийся частью основной МКБ, может быть добавлен к классу II для идентификации морфологического типа опухоли;
- (iv) для состояний, классифицируемых в рубриках F00–F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» класса V, может добавляться код из другого класса, для того чтобы указать причину, т. е. основную болезнь, травму или другое поражение головного мозга;
- (v) если состояние является следствием воздействия токсичного вещества, может быть добавлен код класса XX для идентификации этого вещества;
- (vi) в случаях, когда два кода могут быть использованы для полного описания травмы, отравления или другого неблагоприятного воздействия: код класса XIX, который описывает характер травмы, и код класса XX, который описывает ее причину. Решение о том, какой из этих кодов следует считать добавочным, зависит от цели, для которой эти данные собираются. (см. введение к классу XX, том 1).

### 3.1.4. Условные обозначения, используемые в полном перечне трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик

При перечислении в полном перечне включенных и исключенных терминов МКБ применяются некоторые специальные правила использования в названиях круглых и квадратных скобок, двоеточий, фигурных скобок, аббревиатуры «БДУ», фразы «не классифицированный в других рубриках» (НКДР) и союза «и». Эти правила должны твердо знать как кодировщики, так и лица, желающие интерпретировать статистические данные, основанные на МКБ.

#### *Круглые скобки ( )*

Круглые скобки используются в томе 1 в четырех важных ситуациях.

- (a) В круглые скобки помещают дополнительные слова, которые могут следовать за диагностическим термином, не влияя на кодовый номер, которым нужно обозначать слова вне скобок. Например, в рубрике I10 включенный термин «Гипертензия (артериальная) (доброкачественная) (эссенциальная) (злокачественная) (первичная) (системная)» указывает, что I10 является кодовым номером для слова «Гипертензия» независимо от того, приведено ли только это слово или же оно дополнено любым словом в круглых скобках или комбинацией этих слов.
- (b) В круглые скобки также заключают коды, которые относятся к исключенным терминам. Например:  
N01.0 Блефарит,  
Исключен: блефароконъюнктивит (N10.5).
- (c) Круглые скобки используются в названии блока, когда в них заключают перечень трехзначных кодов рубрик, входящих в данный блок.
- (d) Последний способ употребления круглых скобок был введен Девятым пересмотром и относится к системе кодирования «крестик» и «звездочка». В круглые скобки заключают крестик в рубрике со звездочкой или звездочку, следующую за термином, обозначенным крестиком.

#### *Квадратные скобки [ ]*

Квадратные скобки применяются:

- (a) для заключения синонимов, альтернативных формулировок или поясняющих фраз, например:  
A30 Лепра [болезнь Гансена];
- (b) для ссылки на предыдущие примечания, например:  
C00.8 Поражения губы, выходящие за пределы одной и более вышеуказанных локализаций  
[см. примечание 5 в начале этого класса];
- (c) для ссылки на ранее обозначенный блок четырехзначных подрубрик, общих для ряда трехзначных рубрик, например:

К27 Пептическая язва неуточненной локализации  
[см. указанные в начале блока подрубрики].

### **Двоеточие :**

Двоеточие применяют при перечислении включенных и исключенных терминов, когда слова, предшествующие им, не являются законченными формулировками, которые следовало бы включить в данную рубрику. Эти термины требуют дополнения в виде одного или нескольких определяющих или уточняющих слов, начинающихся с абзаца под ними, прежде чем они могут быть отнесены к данной рубрике. Например, в рубрике К36 «Другие формы аппендицита» диагноз «аппендицит» следует отнести к данной рубрике только в том случае, если он уточнен словами «хронический» или «рецидивирующий».

### **Фигурная скобка }**

Фигурная скобка используется при перечислении включенных и исключенных терминов для обозначения того, что ни предшествующие ей, ни расположенные за ней слова не являются полными терминами. Любой из терминов, предшествующих скобке, должен быть дополнен одним или несколькими терминами, следующими за ней. Например:

071.6	Акушерские травмы тазовых суставов и связок Отрыв внутреннего хряща лобкового симфиза Повреждение копчика Травматическое расхождение лонного сочленения	} акушерский (ое)
-------	--	-------------------

### **«БДУ»**

Буквы БДУ представляют собой аббревиатуру словосочетания «без дополнительных уточнений», означающего «неуточненный» или «неустановленный».

Иногда неустановленный термин все же классифицируется в рубрике для более уточненного типа данной болезни. Это связано с тем, что в медицинской терминологии самая распространенная форма болезни часто известна под именем самой болезни, и уточняются только менее распространенные типы болезни. Например, термин «митральный стеноз» обычно используют для обозначения «ревматического митрального стеноза». Эти встроенные допущения следует принимать во внимание, чтобы избежать ошибок в классификации. Тщательное изучение включенных терминов покажет, где было сделано такое допущение. Кодировщикам следует быть очень осторожными, чтобы не закодировать термин как неуточненный, до тех пор, пока не станет совершенно ясно, что нет никакой другой информации, которая позволила бы дать более точное обозначение этого термина в какой-либо иной рубрике. Аналогичным образом, при интерпретации статистических данных, основанных на МКБ, следует учитывать, что некоторые состояния, отнесенные к явно уточненной рубрике, окажутся не такими уточненными в медицинском документе, информация из которого была кодирована. При сравнении временной динамики и интерпретации статистических данных важно помнить, что эти допущения могут меняться от одного пересмотра МКБ к другому. Так, например, до Восьмого пересмотра допускалось, что аневризма аорты неуточненная является следствием сифилиса.

### **«Не классифицированный (ая, ое) в других рубриках»**

Слова «не классифицированный (ая, ое) в других рубриках», употребляемые в названии трехзначных рубрик, служат предупреждением о том, что некоторые уточненные формы данных состояний могут появляться в других разделах классификации. Например:

## J16 Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках

В эту рубрику включены подрубрики J16.0 «Пневмония, вызванная хламидиями» и J16.8 «Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами». Многие другие рубрики предоставлены в классе X (например, J09–J15) и в других классах (например, P23.- «Врожденная пневмония») для пневмоний, вызванных уточненными возбудителями. Рубрика J18 «Пневмония без уточненного возбудителя» предназначена для пневмоний, возбудитель которых не установлен.

### *Союз «и» в названиях*

Союз «и» применяют для обозначения «и/или». Например, в рубрике A18.0† «Туберкулез костей и суставов» должны классифицироваться случаи «туберкулеза костей», «туберкулеза суставов», а также «туберкулеза костей и суставов».

### *Точка тире .-*

В некоторых случаях четвертый знак кода подрубрики заменен тире, например:

G03 Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами  
Исключено: менингоэнцефалит (G04.-)  
менингомиелит (G04.-)

Для кодировщика это означает, что четвертый знак существует, и его нужно искать в соответствующей рубрике. Это правило касается как Полного перечня, так и Алфавитного указателя.

### **3.1.5. Рубрики с общими признаками**

Для целей контроля качества полезно ввести в компьютерную систему программные проверки. Как основа для такой проверки на внутреннюю непротиворечивость даны следующие группы рубрик, сгруппированные в соответствии с особыми признаками, которые их объединяют.

#### *Рубрики со звездочкой*

Рубрики со звездочкой не должны использоваться как самостоятельный код, они всегда должны применяться в дополнение к коду со значком «крестик».

#### *Рубрики, касающиеся только одного пола*

Ряд болезней, травм и факторов, влияющих на состояние здоровья, а также обращение в медицинские организации ограничены одним полом или, что более вероятно, могут быть только у представителей этого пола. Перечень таких состояний приводится в Приложении 7.8. Рекомендуется использовать данный перечень для проверки данных на непротиворечивость при кодировании. Если указанные диагноз и пол не соответствуют друг другу, требуется найти поясняющую информацию.

Рекомендации в отношении того, как поступать в случае противоречий между причинами смерти и полом умерших, приводятся в разделе 4.3.8

### ***Рубрики, предназначенные для последствий болезней***

Для кодирования последствий патологических состояний, которые в настоящее время не находятся в активной стадии, отведены следующие рубрики:

B90–B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90–T98, Y85–Y89.

Рекомендации по кодированию последствий болезней для целей статистики смертности и заболеваемости представлены в разделах 4.3.6 и 4.5.2.

### ***Нарушения, возникшие после медицинских процедур***

Следующие рубрики не используются для кодирования первоначальной причины смерти. Рекомендации по их использованию при кодировании заболеваемости приведены в разделе 4.5.2.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-.

## **3.2 Как пользоваться томом 3**

Во введении к тому 3, который является Алфавитным указателем к МКБ-10, даны инструкции по его использованию. Эти инструкции следует тщательно изучить, прежде чем приступать к кодированию. Ниже приведено краткое описание структуры Алфавитного указателя и некоторые соображения по его использованию.

### **3.2.1 Построение Алфавитного указателя**

Том 3 состоит из трех разделов:

- раздел I включает все термины, относящиеся к классам I–XIX и классу XXI, кроме названий лекарственных средств и других химических веществ;
- раздел II является указателем внешних причин заболеваемости и смертности и содержит все термины, относящиеся к классу XX, кроме названий лекарственных средств и других химических веществ;
- раздел III – это таблица лекарственных средств и химических веществ, в которой для каждого вещества приведены коды рубрик класса XIX, предназначенные для классификации отравлений и побочных эффектов использования лекарственных средств, а также коды рубрик класса XX, которые указывают, было ли отравление результатом несчастного случая, преднамеренным, или оно произошло по неуточненной причине, либо явилось побочным эффектом правильно назначенного и правильно примененного вещества.

### **3.2.2 Структура**

Указатель содержит «ведущие термины», расположенные в крайней левой позиции в колонке, и другие определяющие или уточняющие слова («модификаторы» или «квалификаторы»), расположенные на разных уровнях отступа под ними. В разделе I эти определяющие или уточняющие слова, начинающиеся с отступа, обозначают обычно разновидности болезней, локализации и обстоятельства, которые влияют на присвоение кода. В разделе II они характеризуют различные типы несчастных случаев или происшествий, участвующие транспортные средства и т. д. Определения, не оказывающие влияния на кодирование, заключены в круглые скобки после названия патологического состояния.

### 3.2.3 Кодовые номера

Кодовые номера, идущие за терминами, относятся к рубрикам и подрубрикам, к которым следует отнести данный термин. Если код представлен только тремя знаками, можно считать, что данная рубрика не имеет подрубрик. В большинстве случаев, если трехзначная рубрика подразделена на четырехзначные подрубрики, номер кода в Алфавитном указателе содержит четвертый знак. Тире на месте четвертого знака (например, 003.-) указывает на то, что данная рубрика подразделена, и что существует четвертый знак, который можно найти, обратившись к Полному перечню. Если к данному термину применена система кодирования «крестик» и «звездочка», то приводятся оба кода.

### 3.2.4 Условные обозначения

#### *Круглые скобки*

Круглые скобки в Алфавитном указателе имеют ту же функцию, что и в томе 1, т. е. служат для включения дополняющих определений.

#### *«НКДР»*

Аббревиатура НКДР (не классифицированный (ая, ое) в других рубриках) указывает на то, что уточненные варианты перечисленных состояний классифицированы в других рубриках, и что в необходимых случаях кодировщик должен найти в Указателе более точный термин.

#### *Перекрестные ссылки*

Во избежание ненужного повторения терминов в Алфавитном указателе используются перекрестные ссылки. Слово «см.» отсылает кодировщика к другому термину; фраза «см. также» указывает, что ему следует обратиться к другому месту в Алфавитном указателе, если в кодируемой формулировке диагноза содержится иная информация, которая отсутствует среди перечислений, начинающихся с отступа под термином, к которому относится фраза «см. также».

## 3.3 Основные принципы кодирования

Алфавитный указатель содержит большое число терминов, не встречающихся в томе 1, и для точного кодирования до присвоения кода необходимо использовать как Полный перечень, так и Алфавитный указатель.

Прежде чем приступить к процессу кодирования, кодировщик должен освоить принципы классификации и кодирования, а также выполнить практические упражнения.

Представленное ниже упрощенное руководство предназначено для оказания помощи неспециалисту, работающему с МКБ:

1. Определите тип кодируемой формулировки диагноза и обратитесь к соответствующему разделу Алфавитного указателя. (Если формулировка является названием болезни, травмы или другого патологического состояния, относящегося к классам I–XIX или XXI–XXII, обратитесь к разделу I Указателя. Если формулировка характеризует внешнюю причину травмы или другого случая, относящегося к классу XX, обратитесь к разделу II.)
2. Определите ведущий термин. В случае болезней и травм обычно это название патологического состояния в форме существительного. Следует помнить, однако,

что в Алфавитный указатель в качестве ведущих терминов включены названия некоторых болезненных состояний, выраженные в форме прилагательного или эпонима.

3. Ознакомьтесь со всеми примечаниями, расположенными под ведущим термином, и руководствуйтесь ими.
4. Ознакомьтесь со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияния на кодовый номер), а также со всеми терминами, которые находятся с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодовый номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в кодируемой формулировке диагноза.
5. Внимательно следуйте за любыми перекрестными ссылками («см.» и «см. также»), найденными в Указателе.
6. Обратитесь к Полному перечню для того, чтобы удостовериться в правильности выбора кодового номера. Учтите, 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.
7. Руководствуйтесь всеми включенными или исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.
8. Присвойте код.

Специальные инструкции по отбору кодируемой причины или состояния и по кодированию выбранного состояния даны в разделе 4.

## **4. Правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости**

Этот раздел касается основных положений и правил, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения в отношении выбора единичной причины или состояния для статистической разработки данных из свидетельств о смерти и медицинской документации. Представлены также основополагающие принципы применения правил кодирования состояний, выбранных для статистической разработки.

### **4.1 Инструкции по кодированию смертности: первоначальная причина смерти**

На международной конференции по Шестому пересмотру (28) была достигнута договоренность об использовании в первичных статистических разработках причин смерти термина «первоначальная причина смерти».

С точки зрения предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь. Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине проявить свое действие. С этой целью первоначальная причина смерти была определена как (а) «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти», или (б) «обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму» (28). Однако для некоторых заболеваний и травм применяются специальные правила.

Разделы 4.1–4.3 содержат инструкции по кодированию причин смерти для формирования статистики смертности. В разделе 4.1 разъясняются основные понятия, в разделе 4.2 показано, как определить первоначальную причину смерти, и в разделе 4.3 более подробно говорится о том, как кодировать множественные причины смерти. Кроме того, Приложение 7.10 включает схему, иллюстрирующую последовательность применения инструкций по кодированию для выбора первоначальной причины смерти. Эта схема предназначена для кодировщиков в качестве дополнительной информации, чтобы помочь им следовать инструкциям по кодированию.

#### **4.1.1 Цель инструкций – международная сопоставимость**

Статистика смертности широко используется для исследований в области медицины, мониторинга общественного здоровья, оценки медицинских вмешательств, а также планирования и развития здравоохранения. Анализ смертности предполагает, как правило, сравнение данных по разным регионам или в разное время. Если данные не получены с помощью одних и тех же методов и с соблюдением одних и тех же стандартов, такие сравнения дадут ошибочные и вводящие в заблуждение результаты. Для стандартизации получаемых данных по смертности, ВОЗ выпустила международные инструкции по сбору, кодированию, классификации и представлению статистических данных о причинах смерти. Чрезвычайно важно, чтобы данные по смертности были получены при соблюдении представленных ниже инструкций, поскольку любое отклонение от них приведет к нарушению сопоставимости международных данных.

Основная цель этих инструкций – оптимизировать получение статистических данных по смертности для целей общественного здоровья. Часть этих инструкций может показаться ошибочной или сомнительной с чисто медицинской точки зрения. Эти инструкции не должны отбрасываться, поскольку могут иметь серьезное обоснование с точки зрения эпидемиологии и общественного здоровья. Если такая ошибка найдена, о ней следует сообщить в ВОЗ, которая либо объяснит логику данной инструкции, либо предпримет



меры для исправления ошибки на международном уровне. Отдельные страны не должны самостоятельно исправлять то, что считают ошибкой, поскольку такие изменения на национальном уровне приведут к снижению сопоставимости с данными других стран и, таким образом, сделают эти данные менее пригодными для анализа.

#### **4.1.2 Международная форма свидетельства о причине смерти**

Международные руководства по кодированию причин смерти предполагают, что данные должны быть собраны с использованием свидетельств о смерти, соответствующих *Международной форме медицинского свидетельства о смерти* (см. Приложение 7.1). В противном случае причины смерти не могут быть закодированы в соответствии с международными стандартами и не могут быть использованы для международных сравнений. Так, некоторые инструкции по кодированию применяются к состояниям, записанным как причина некоторых других состояний; и в таких случаях важно очень четко разделять причины смерти, указанные в Части 1 и в Части 2 свидетельства. Кроме того, информация, представленная в других частях свидетельства, такая как характер смерти или способствовавшая смерти беременность, является наиболее важной, когда присваиваются коды множественных причин смерти состояниям, записанным в свидетельстве.

Определение, патологических состояний, непосредственно приведших к смерти, и указание любых предшествующих состояний, которые вызвали эту причину, является ответственностью врача или другого квалифицированного специалиста, подписывающего свидетельство о смерти. Специалист, заполняющий свидетельство, должен также использовать клиническое понимание при заполнении свидетельства. Автоматизированные системы не должны включать перечни или другие подсказки, направляющие специалиста, так как они обязательно ограничивают диапазон диагнозов, и тем самым оказывают негативное влияние на точность и качество отчета.

Медицинская часть формы разделена на две части: первая предназначена для заболеваний, связанных цепью событий, непосредственно приведших к смерти, вторая – для состояний, не связанных непосредственно со смертью, но способствовавших смерти. В свидетельство должны быть записаны все дополнительные сведения, необходимые для правильного кодирования первоначальной причины смерти, и международная форма (Приложение 7.1) показывает, какая информация должна быть включена. Для того чтобы эта информация соответствовала международным правилам, необходимо по возможности точно следовать форме свидетельства. В дальнейшем эта информация может использоваться для ручного или электронного кодирования первоначальной или множественных причин смерти.

#### **4.1.3 Основные положения**

Специалист по кодированию должен быть знаком с основными положениями, представленными в этом разделе.

##### ***Последовательность***

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

*Пример 1:*

- 1(а) Инфаркт миокарда  
*вследствие*
- (б) Коронарного тромбоза  
*вследствие*
- (в) Коронарного атеросклероза

Инфаркт миокарда вызван коронарным тромбозом, который, в свою очередь, является осложнением коронарного атеросклероза. Следовательно, последовательностью является инфаркт миокарда, вызванный коронарным тромбозом, вызванным коронарным атеросклерозом.

- Пример 2:*
- 1(а) Обширное кровотечение  
*вследствие*
  - (б) Травматической ампутации правой ноги  
*вследствие*
  - (в) Переезда трамваем

Кровотечение является осложнением травматической ампутации, которая, в свою очередь, была вызвана проездом пострадавшего трамваем. Следовательно, последовательностью является обширное кровотечение, вызванное травматической ампутацией левой ноги вследствие проезда трамваем.

### ***Причинная взаимосвязь***

Причинная взаимосвязь имеется в том случае, если состояние, упомянутое в свидетельстве, было вызвано другим состоянием, также упомянутым в свидетельстве. Однако решение, является ли причинная взаимосвязь приемлемой или нет для кодирования смертности, должно приниматься не только исходя из медицинской оценки, но и принимая во внимание эпидемиологические факторы и факторы, связанные с общественным здравоохранением. Поэтому причинная взаимосвязь, приемлемая с медицинской точки зрения, может оказаться неприемлемой в инструкциях по кодированию, поскольку более поздние в цепи последовательностей события являются наиболее важными с точки зрения общественного здоровья.

Таким образом, для принятия решения о том, является ли причинная взаимосвязь приемлемой или нет, необходимо сначала проверить ее на соответствие инструкциям в разделе 4.2.3 «Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям». Установленные причинные взаимосвязи, которые не указаны в разделе 4.2.3, должны быть приняты как возможные, потому что мнение специалиста-кодировщика о причинах, приводящих к смерти, не должно быть необдуманно проигнорировано. Если эта причинная взаимосвязь представляется крайне маловероятной, следует обратиться к признанным на международном уровне таблицам принятия решений по кодированию смертности (АСМЕ).

Записанная последовательность, которая представляется маловероятной, должна быть принята в том случае, если один или более промежуточных шагов могут объяснить эту причинную взаимосвязь. Например, если кровавая рвота записана как следствие цирроза печени, допустимо, что кровавая рвота вызвана разрывом расширенных вен пищевода, расширение вен было вызвано портальной гипертензией, а портальная гипертензия – циррозом печени. Такие предполагаемые промежуточные причины не должны использоваться для изменения кода.

Необходимо обратить внимание, что состояние А не может быть вызвано состоянием В, если состояние А имеет бóльшую продолжительность или началось раньше, чем состояние В.

### ***Продолжительность***

В свидетельстве о смерти каждое записанное состояние должно включать информацию о продолжительности этого состояния. Продолжительность относится к периоду времени

между началом болезни или состояния до времени смерти. Необходимо обратить внимание, что начало болезни не всегда совпадает со временем постановки диагноза, который может быть установлен как одновременно с развитием состояния, так и позже.

### ***Непосредственная причина смерти***

Непосредственной причиной смерти является состояние, которое записано первым на первой строке первой части медицинского свидетельства о смерти.

- Пример 3:*
- 1(а) Инфаркт миокарда и отек легких  
*вследствие*
  - (б) Коронарного атеросклероза

Инфаркт миокарда является непосредственной причиной смерти, так как указан первым на первой строке первой части свидетельства.

### ***Отправная точка***

Отправной точкой является состояние или событие, которое послужило началом допустимых последовательных взаимосвязей, закончившихся непосредственной причиной смерти. В правильно заполненном свидетельстве состояние, записанное на самой нижней заполненной строке первой части свидетельства, является отправной точкой последовательности.

- Пример 4:*
- 1(а) Инфаркт миокарда и отек легких  
*вследствие*
  - (б) Коронарного атеросклероза

Коронарный атеросклероз является отправной точкой, так как он послужил началом последовательности событий, приведших к смерти.

- Пример 5:*
- 1(а) Пневмония  
*вследствие*
  - (б) Перелома бедра  
*вследствие*
  - (в) Спотыкания о ковер

Спотыкание о ковер явилось отправной точкой, так как послужило началом последовательности событий, приведших к смерти.

### ***Предварительная отправная точка***

В правильно заполненном свидетельстве состояние, записанное на самой нижней строке первой части, является отправной точкой, но если свидетельство заполнено неправильно, отправная точка может располагаться в другом месте. Инструкции о том, как выявить отправную точку в этих случаях, достаточно сложны. Иногда несколько инструкций должны быть применимы к одному и тому же свидетельству, поэтому очень важно тщательно и пошагово выполнять их, как описано в разделе 4.2.1, находя отправную точку. На каждом шаге, когда предварительная отправная точка определена, состояние может быть временно расценено как отправная точка, но, возможно, на дальнейших шагах придется от этого отказаться, в связи с тем, что она может располагаться в другом месте. Предварительная отправная точка может смениться несколько раз по мере того, как идет ее поиск в соответствии с инструкциями.

Также следует принимать во внимание имеющуюся дополнительную информацию о причинных взаимосвязях. Это относится к информации, ошибочно внесенной не в нужное место в свидетельстве. Например, если последовательность, указанная в первой части свидетельства, начинается с болезни А, и при этом где-либо еще в свидетельстве указывается, что болезнь А является следствием болезни В, можно считать болезнь В предварительной отправной точкой.

### ***Очевидная причина***

Некоторые инструкции по кодированию рекомендуют проверять, является ли предварительная отправная точка таковой или очевидно, что смерть вызвана другим состоянием, упомянутым на той же строке свидетельства или на строке ниже. Слово «очевидно» крайне важно, поскольку не должно быть никаких сомнений в причинной взаимосвязи между состояниями. Дальнейшие инструкции даны в разделе 4.2.1, шаге SP6 «Очевидная причина» и в разделе 4.2.4 «Специальные инструкции по очевидной причине» (шаг SP6).

*Пример 6:*

1(а)	Сепсис вследствие
(б)	Перитонита
2	Аппендицит с прободением

Перитонит запустил последовательность событий, записанных в Части 1, поэтому он является предварительной отправной точкой. Однако аппендицит с прободением является очевидной причиной перитонита. Таким образом, последовательность событий была запущена аппендицитом, который послужил отправной точкой последовательности событий, закончившихся сепсисом, непосредственной причиной смерти.

### ***Первая упомянутая последовательность***

Свидетельство о смерти может содержать несколько последовательностей событий, а инструкции по кодированию позволяют найти отправную точку первой упомянутой последовательности.

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

Если на следующей строке нет состояния, которое привело к возникновению непосредственной причины смерти, это означает, что нет последовательности, закончившейся непосредственной причиной смерти.

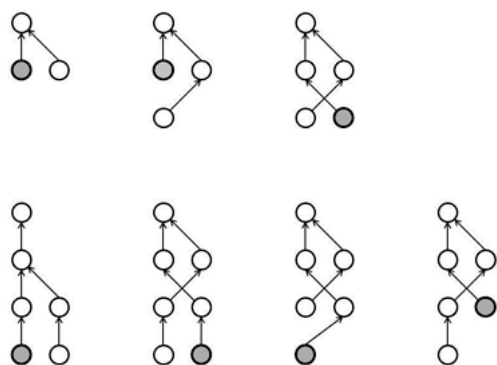
Если предварительная отправная точка найдена, но на нижних строках Части 1 свидетельства о смерти указаны другие состояния, процедуру следует повторить. Необходимо начать с предварительной отправной точки, которая была установлена на предыдущем этапе. Необходимо определить, могло ли первое состояние, записанное на следующей нижней строке Части 1 свидетельства, быть причиной предварительной отправной точки. Если этого не могло быть, и записано несколько состояний на этой строке, необходимо проверить, не явилось ли второе состояние, записанное на этой же

строке, причиной предварительной отправной точки. Далее следует продолжать до тех пор, пока не будет найдено состояние, которое могло быть причиной предварительной отправной точки. Это и будет новая предварительная отправная точка.

Если все же остаются состояния, записанные на нижних строках Части 1 свидетельства, необходимо продолжать поиск до тех пор, пока не будет найдена новая предварительная отправная точка. Когда не останется состояний, которые могли бы быть предварительной отправной точкой, последняя предварительная отправная точка и будет отправной точкой первой упомянутой последовательности.

На рис. 2 представлены примеры свидетельств с несколькими последовательностями. Отправная точка первой упомянутой последовательности выделена серым кружком.

**Рис. 2. Примеры свидетельств с несколькими последовательностями**



- Пример 7:*
- 1(а) Пневмония  
*вследствие*
  - (б) Перелома бедра и сердечной недостаточности  
*вследствие*
  - (в) Спотыкания о ковер, коронарного атеросклероза

Пневмония могла развиться вследствие перелома бедра, и, таким образом, перелом бедра является предварительной отправной точкой. Перелом бедра может быть следствием спотыкания о ковер, которое является новой предварительной отправной точкой. Так как нет больше причин, записанных ниже строки (в), спотыкание о ковер является отправной точкой первой упомянутой последовательности.

- Пример 8:*
- 1(а) Пневмония  
*вследствие*
  - (б) Сердечной недостаточности и перелома бедра  
*вследствие*
  - (в) Коронарного атеросклероза и спотыкания о ковер

Пневмония может быть следствием сердечной недостаточности, и поэтому сердечная недостаточность является предварительной отправной точкой. Сердечная недостаточность является следствием коронарного атеросклероза, который является новой предварительной отправной точкой. Так как нет больше причин, записанных ниже строки (в), коронарный атеросклероз является отправной точкой первой упомянутой последовательности.

- Пример 9:*
- 1(а) Пневмония  
*вследствие*
  - (б) Перелома бедра и сердечной недостаточности  
*вследствие*
  - (в) Коронарного атеросклероза и спотыкания о ковер

Пневмония может быть следствием перелома бедра, и поэтому перелом бедра является предварительной отправной точкой. Однако перелом бедра не может быть следствием коронарного атеросклероза, но перелом бедра может быть следствием спотыкания о ковер, которое является новой предварительной отправной точкой. Так как нет больше причин, записанных ниже строки (в), спотыкание о ковер является отправной точкой первой упомянутой последовательности.

### ***Первое упомянутое состояние***

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

### ***Первоначальная причина смерти***

В большинстве случаев, но не во всех, статистика смертности показывает одну причину смерти для каждого случая, независимо от того, сколько состояний записано в свидетельстве. Первоначальная причина смерти – это состояние, отобранное для статистической разработки по единичной причине. В большинстве случаев первоначальная причина смерти – это та же отправная точка. Однако иногда состояние, отличное от отправной точки, выбирается в качестве первоначальной причины смерти для использования в статистике. См. также раздел «Модификация» далее.

- Пример 10:*
- 1(а) Бронхопневмония  
*вследствие*
  - (б) Гемиплегии  
*вследствие*
  - (в) Инфаркта головного мозга

Инфаркт головного мозга послужил началом последовательности событий, приведших к смерти, таким образом, он является отправной точкой. В этом случае он также является первоначальной причиной смерти.

### ***Модификация***

Специальные инструкции по кодированию некоторых последовательностей и рубрик МКБ могут оказывать влияние на то, что состояние, не являющееся отправной точкой, выбирается в качестве первоначальной причины смерти для использования в статистике. В таких случаях код первоначальной причины часто представляет комбинацию отправной точки с другим записанным состоянием, или осложнением или следствием отправной точки, которая имеет особое значение для общественного здоровья. Процедура, по которой код МКБ для отправной точки заменен другим кодом, называется модификацией.

- Пример 11:*
- 1(а) Болезнь сердца  
*вследствие*
  - (б) Генерализованного атеросклероза

Генерализованный атеросклероз послужил началом последовательности событий, приведших к смерти, и таким образом, он является отправной точкой. Однако, в соответствии со специальной инструкцией по генерализованному атеросклерозу, генерализованный или неуточненный атеросклероз, приводящий к болезни сердца, относится к атеросклеротической болезни сердца в статистике смертности. В соответствии с этой модификацией атеросклеротическая болезнь сердца является первоначальной причиной смерти.

### ***Предварительная первоначальная причина смерти***

Несколько специальных инструкций по модификации могут применяться к одному и тому же свидетельству о смерти. В таких случаях следует применять эти инструкции пошагово. Код выбранного состояния как результат каждого шага этого процесса называется предварительной первоначальной причиной смерти.

- Пример 12:*
- 1(а) Инфаркт миокарда  
*вследствие*
  - (б) Коронарного атеросклероза  
*вследствие*
  - (в) Генерализованного атеросклероза

Генерализованный атеросклероз послужил началом последовательности событий, приведших к смерти, таким образом, он является отправной точкой. Имеются специальные инструкции по модификации, относящиеся к атеросклерозу и коронарной болезни сердца в МКБ, и на следующем шаге коронарный атеросклероз выбирается временной первоначальной причиной смерти. Но имеются дополнительные инструкции по коронарному атеросклерозу и инфаркту миокарда, и на заключительном шаге инфаркт миокарда выбирается первоначальной причиной смерти.

## **4.2 Инструкции по кодированию смертности: выбор первоначальной причины смерти**

При кодировании и классификации причин смерти специалист должен сначала присвоить коды МКБ всем состояниям, записанным в свидетельстве о смерти. Множество инструкций по кодированию основаны на специальных кодах МКБ, и чтобы определить, какие из инструкций применяются, необходимо знать коды МКБ для всех состояний, записанных в свидетельстве. Это называется кодированием множественных причин смерти (см. раздел 4.3 «Инструкции по кодированию смертности: множественные причины»). Затем необходимо выбрать первоначальную причину смерти для использования в статистике смертности. Это называется классификацией первоначальной причины смерти.

Для большинства свидетельств о смерти выбор первоначальной причины смерти довольно несложная процедура. Однако есть много случаев, когда первоначальная причина очевидна не сразу. Чтобы обеспечить кодирование и простых, и сложных случаев в соответствии с международными правилами, важно следовать инструкциям по кодированию осторожно, шаг за шагом. В противном случае результирующая статистика смертности не будет международно-сопоставимой, что серьезно снижает ценность данных для общественного здоровья.

Выбор первоначальной причины смерти включает два отдельных шага. Сначала определяют отправную точку – болезнь или событие, послужившее началом цепочки событий, приведших к смерти. Далее проверяют, применялись ли какие-либо специальные

инструкции к отправной точке, которую определили. Если это так, то следующим шагом является модификация отправной точки, определенной на первом шаге. Кроме того, Приложение 7.10 включает схему, иллюстрирующую последовательность применения инструкций по кодированию для выбора первоначальной причины смерти. Эта схема предназначена для кодировщиков в качестве дополнительной информации, чтобы помочь им следовать инструкциям по кодированию.

Необходимо отметить, что целью выбора процедуры является получение, по возможности, наиболее полезной статистики смертности. Таким образом, дальнейшие инструкции могут отражать важность для общественного здоровья, а не то, что считается правильным с чисто медицинской точки зрения. Дальнейшие инструкции всегда применимы, независимо от того, могут ли они считаться с медицинской точки зрения правильными, или нет.

В примерах по кодированию, приведенных ниже, термин «вследствие», расположенный между строками Части 1 свидетельства, больше не указывается. Тем не менее, важно иметь в виду, что всё, что записано на строке выше, должно быть следствием того, что записано на строке ниже.

#### **4.2.1 Нахождение отправной точки (шаги SP1–SP8)**

Чтобы определить отправную точку, необходимо выполнить восемь шагов, указанных в этом разделе. Шаги называются SP1–SP8 (отправная точка правила 1 – отправная точка правила 8). Каждый шаг содержит одно правило выбора. На каждом шаге дается описание самого правила выбора и инструкция о том, что следует делать дальше. Для некоторых правил есть пункты с более подробными инструкциями.

##### ***Шаг SP1 – Единственная причина в свидетельстве***

Если только одно состояние записано в свидетельстве, или в Части 1 или в Части 2, это состояние является отправной точкой и также первоначальной причиной. Далее переходят к шагу M1.

Если в свидетельстве записаны два и более состояния, переходят к шагу SP2.

##### ***Шаг SP2 – Только одна строка используется в Части 1***

Если лицо, заполнившее свидетельство, использовало только одну строку в Части 1, но указало два или более состояний на этой строке, то первое упомянутое состояние является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6.

Также, если только одно состояние записано в Части 1 и одно или более состояний – в Части 2, то единственное состояние, указанное в Части 1, является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6.

Если в свидетельстве заполнено более одной строки в Части 1, переходят к шагу SP3.

*Пример 1:*

1(a)	Инфаркт миокарда и сахарный диабет
(б)	
(в)	
(г)	
2	

Инфаркт миокарда упоминается первым в свидетельстве и является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6, чтобы



проверить, есть ли дополнительные правила выбора, и применяются ли правила модификации.

*Пример 2:* 1(а) Инфаркт миокарда  
(б)  
(в)  
(г)  
2 Сахарный диабет

Инфаркт миокарда упоминается первым в свидетельстве и является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6, чтобы проверить, есть ли дополнительные правила выбора, и применяются ли правила модификации.

***Шаг SP3 – Более одной строки используются в Части 1, первая причина на самой нижней строке является причиной всех состояний, записанных выше***

Если состояния записаны более чем на одной строке Части 1, необходимо проверить, все ли состояния, записанные на строке (строках) выше нижней заполненной строки Части 1, могут быть вызваны первым состоянием, записанным на нижней строке.

Если все состояния, расположенные на строке (строках) выше нижней строки Части 1, могут быть вызваны первым состоянием, расположенным на нижней строке, это состояние является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6.

Если все состояния, расположенные на строке (строках) выше нижней заполненной строки Части 1, не могут быть вызваны первым состоянием, расположенным на нижней заполненной строке, необходимо получить разъяснение от лица, заполнившего свидетельство. Если это невозможно, переходят к шагу SP4.

На шаге SP3 нет необходимости оценивать причинные взаимосвязи между состояниями, записанными на строках выше нижней заполненной строки. Достаточно того, что каждое из состояний на строках выше нижней заполненной строки может быть следствием состояния, записанного первым на нижней заполненной строке.

На шаге SP3 не требуется, чтобы состояния, записанные выше самой нижней заполненной строки, были расположены сверху вниз по возрастающей продолжительности. Состояние, упомянутое первым на самой нижней заполненной строке, может по-прежнему быть причиной всех состояний, указанных на строках выше, если ни одно из них не продолжалось дольше состояния, упомянутого первым на самой нижней заполненной строке.

- Обратите внимание на следующее: признание причинной взаимосвязи правильной или неправильной может отражать важность для общественного здоровья, а не то, что приемлемо с чисто медицинской точки зрения. Поэтому вначале ознакомьтесь с инструкциями в разделе 4.2.3 «Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям». Всегда следуйте инструкциям, приведенным в разделе 4.2.3, независимо от того, кажутся ли они правильными с медицинской точки зрения или нет.
- Указанные взаимосвязи, которые не перечислены как отклоняемые в разделе 4.2.3, следует по возможности принимать. Они отражают мнение лица, заполнившего свидетельство о смерти, о причинах смерти, и их не следует отвергать без особых на то оснований.

- Если заявленная взаимосвязь представляется весьма маловероятной, обратитесь к признанным на международном уровне таблицам принятия решений по кодированию причин смертности.

*Пример 3:* 1(а) Бронхопневмония  
 (б) Гемиплегия  
 (в) Инфаркт головного мозга  
 (г)  
 2

Как бронхопневмония, так и гемиплегия могут быть вызваны инфарктом головного мозга. Это означает, что инфаркт головного мозга является предварительной отправной точкой.

*Пример 4:* 1(а) Саркома Капоши 1 год  
 (б) ВИЧ 3 года  
 (в) Переливание крови 5 лет  
 (г) Гемофилия с рождения  
 2

Саркома Капоши, ВИЧ и переливание крови могут быть вызваны гемофилией, которая является первым (а также единственным) состоянием, упомянутым в самой нижней заполненной строке в Части 1. Это означает, что предварительной отправной точкой является гемофилия.

*Пример 5:* 1(а) Пневмоцистоз 6 месяцев  
 (б) ВИЧ 5 лет  
 (в) Разрыв селезенки 7 лет  
 (г) Нападение – кулачная драка 7 лет  
 2

Нападение путем кулачной драки является единственным состоянием, упомянутым на самой нижней заполненной строке Части 1. Оно может вызвать все упомянутые состояния на вышерасположенных строках, если предположить, что при лечении разрыва селезенки производилось переливание крови. См. также раздел 4.1.3 «Основные положения», в котором описывается допущение промежуточной причины в подразделе, посвященном причинной взаимосвязи.

*Пример 6:* 1(а) Метастазы в печень 2 месяца  
 (б) Бронхопневмония 4 дня  
 (в) Рак желудка 6 месяцев  
 (г)  
 2

Как метастазы в печень, так и бронхопневмония могут быть вызваны раком желудка. Это означает, что предварительной отправной точкой является рак желудка, а бронхопневмония не может быть причиной метастазов в печень и имеет меньшую продолжительность, чем метастазы в печень.

*Пример 7:* 1(а) Метастазы в печень и отек легкого  
 (б) Бронхопневмония  
 (в) Рак желудка  
 (г)  
 2

Метастазы в печень, отек легкого и бронхопневмония могут быть вызваны раком желудка. Это означает, что рак желудка является предварительной отправной точкой, хотя бронхопневмония не может быть причиной метастазов в печень.

Пример 8:

1(а)	Метастазы в печень	2 месяца
(б)	Бронхопневмония	4 дня
(в)	Рак желудка и инфаркт головного мозга	6 месяцев
(г)		

2

И метастазы в печень, и бронхопневмония могут быть вызваны раком желудка, который является первым упомянутым состоянием на самой нижней заполненной строке в Части 1. Это означает, что предварительной отправной точкой является рак желудка, хотя бронхопневмония не может вызвать метастазы в печень, и продолжительность бронхопневмонии меньше, чем продолжительность метастазов в печень.

Пример 9:

1(а)	Метастазы в печень
(б)	Бронхопневмония и рак желудка
(в)	
(г)	

2

Метастазы в печень не могут быть вызваны бронхопневмонией. Это означает, что в шаге SP3 предварительная отправная точка определена быть не может. Поэтому переходят к шагу SP4.

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

Если имеется только одна последовательность, заканчивающаяся терминальным состоянием, находят отправную точку этой последовательности. Это новая предварительная отправная точка. Далее переходят к шагу SP6.

При наличии двух или более последовательностей состояний или событий, заканчивающихся терминальным состоянием, определяют последовательность, упомянутую первой, как описано в разделе 4.1.3, и находят отправную точку этой первой упомянутой последовательности. Затем переходят к шагу SP6.

Если нет последовательности, заканчивающейся терминальным состоянием, переходят к шагу SP5.

- Как указано в шаге SP3, всегда следуйте инструкциям, содержащимся в разделе 4.2.3, независимо от того, кажутся ли они правильными с медицинской точки зрения или нет.
- Указанные причинные взаимосвязи, которые не перечислены как отклоняемые в разделе 4.2.3, должны быть по возможности приняты. Они отражают мнение лица, заполнившего свидетельство о смерти, о причинах, приведших к смерти, и их не следует отвергать без особых на то оснований.
- Если указанная взаимосвязь представляется крайне маловероятной, необходимо обратиться к признанным на международном уровне таблицам принятия решений по кодированию причин смерти.

- При оценке последовательности также помните, что, согласно разделу 4.2.3 «Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям», состояние А не может быть вызвано состоянием В, если состояние А продолжается дольше, чем состояние В.

*Пример 10:* 1(а) Метастазы в печень 2 месяца  
 (б) Инфаркт головного мозга и рак желудка 6 месяцев  
 (в)  
 (г)  
 2

Инфаркт головного мозга не может вызвать метастазы в печень, но метастазы в печень могут быть вызваны раком желудка. Рак желудка является предварительной отправной точкой.

*Пример 11:* 1(а) Бронхопневмония 2 месяца  
 (б) Инфаркт головного мозга и метастазы в печень 6 месяцев  
 (в) Атеросклероз и рак желудка  
 (г)  
 2

Атеросклероз не может быть причиной метастазов в печень. Однако в свидетельстве имеется три допустимых последовательности: 1) бронхопневмония, вызванная инфарктом головного мозга, а инфаркт головного мозга в свою очередь вызван атеросклерозом; 2) бронхопневмония, вызванная инфарктом головного мозга, а инфаркт головного мозга в свою очередь вызван раком желудка; 3) бронхопневмония, вызванная метастазами в печень, а метастазы в печень в свою очередь вызваны раком желудка. Но первая упомянутая последовательность – бронхопневмония, вызванная инфарктом головного мозга, а инфаркт головного мозга, в свою очередь, вызван атеросклерозом. Следовательно, предварительной отправной точкой является атеросклероз.

### ***Шаг SP5 – в Части 1 последовательности нет***

Если нет последовательности, завершающейся терминальным состоянием, то терминальное состояние также является предварительной отправной точкой. Далее переходят к шагу SP6.

*Пример 12:* 1(а) Метастазы в печень  
 (б) Инфаркт головного мозга  
 (в) Атеросклероз  
 (г)  
 2 Рак желудка

Атеросклероз не может быть причиной метастазов в печень. Кроме того, в Части 1 нет последовательности, которая заканчивается терминальным состоянием, поскольку инфаркт головного мозга не может вызвать метастазы в печень. Поскольку нет последовательности, завершающейся терминальным состоянием, само это терминальное состояние – метастазы в печень – является предварительной отправной точкой.

### ***Шаг SP6 – Очевидная причина***

Теперь проверьте, была ли предварительная отправная точка, выбранная вами на шагах SP1–SP5, очевидно вызвана другим состоянием, указанным в свидетельстве. Если

предварительная отправная точка находится в Части 1, тогда это другое состояние должно быть либо на этой же строке, либо на строке ниже в Части 1, либо в Части 2. Если предварительная отправная точка находится в Части 2, то это другое состояние должно также находиться в Части 2.

Затем проверьте, упомянуто ли в свидетельстве на той же строке или на строке ниже еще какое-либо состояние в качестве новой предварительной отправной точки, которую вы только что определили, как очевидно вызвавшее эту новую предварительную отправную точку. Продолжайте поиск новой предварительной отправной точки, пока не будет найдена отправная точка, очевидно не вызванная состоянием, указанным в свидетельстве на той же строке или на строке ниже. Далее перейдите к шагу SP7.

Если в свидетельстве не указано состояние, которое очевидно вызвало предварительную отправную точку, выбранную вами на шагах SP1–SP5, перейдите к шагу SP7.

- Если предварительная отправная точка находится в Части 1, ищите очевидную причину этой предварительной отправной точки на той же строке в Части 1, затем на ниже расположенных строках в Части 1 и, наконец, в Части 2. Не ищите очевидных причин на строках выше предварительной отправной точки.
- Если предварительная отправная точка находится в Части 2, ищите очевидную причину в Части 2. Не ищите очевидных причин в Части 1.
- Если состояние А продолжается дольше, чем состояние В, то состояние В не может быть очевидной причиной состояния А.
- Если существует несколько состояний, которые могут быть очевидными причинами предварительной отправной точки, выбирают первое упомянутое состояние.
- «Очевидная причина» означает, что не должно быть никаких сомнений в том, что предварительная отправная точка была вызвана другим состоянием, указанным в свидетельстве. Недостаточно для принятия последовательности, если предварительная отправная точка записана как вызванная другим состоянием.
- Для получения дополнительных указаний обратитесь к разделу 4.2.4 «Специальные инструкции по очевидной причине» (шаг SP6). Обратите внимание на следующее: признание или непризнание состояния В очевидной причиной состояния А может отражать важность для общественного здоровья, а не то, что может быть признано или не признано с чисто медицинской точки зрения. Поэтому всегда следуйте инструкциям, приведенным в разделе 4.2.4, независимо от того, кажутся ли они правильными или неправильными с медицинской точки зрения.

*Пример 13:* 1(а) Метастазы в печень  
(б) Инфаркт головного мозга  
(в)  
(г)  
2 Рак желудка

Инфаркт головного мозга не может вызвать метастазы в печень, и предварительной отправной точкой оказываются метастазы в печень. Однако очевидной причиной метастазов в печень является рак желудка, и поэтому рак желудка является новой предварительной отправной точкой.

*Пример 14:* 1(а) Сепсис  
(б) Перитонит  
(в)  
(г)  
2 Некроз кишечника, инфаркт брыжейки

Сепсис может быть вызван перитонитом, и предварительной отправной точкой является перитонит. Однако очевидной причиной перитонита является некроз кишечника, поэтому некроз кишечника является новой предварительной отправной точкой. Далее, инфаркт брыжейки является очевидной причиной некроза кишечника, поэтому инфаркт брыжейки оказывается окончательной отправной точкой.

- Пример 15:*
- 1(а) Сепсис
  - (б) Перитонит
  - (в)
  - (г)
- 2 Эмболия сосудов брыжейки, перфоративный аппендицит

Сепсис может быть вызван перитонитом, и предварительной отправной точкой является перитонит. Далее, как эмболия сосудов брыжейки, так и перфоративный аппендицит являются очевидными причинами перитонита. Поскольку эмболия сосудов брыжейки упоминается первой, она и является новой предварительной отправной точкой.

### ***Шаг SP7 – Неточно обозначенные состояния***

Теперь проверьте, указана ли предварительная отправная точка в таблице неточно обозначенных состояний (см. Приложение 7.3 «Перечень неточно обозначенных состояний»). Если указана, то предварительная отправная точка считается неточно обозначенной. В таком случае выполните следующие действия:

Если в свидетельстве записаны другие состояния, проверьте, все ли они являются неточно обозначенными. Если все другие состояния являются неточно обозначенными, перейдите к шагу M1.

Если имеется по крайней мере одно состояние, которое не является неточно обозначенным, то неточно обозначенное состояние следует отклонить. Перейдите к шагу SP1 и выберите другую отправную точку, как если бы в свидетельстве неточно обозначенное состояние не было указано.

Если же предварительная отправная точка не является неточно обозначенным состоянием, перейдите к шагу SP8.

- Обратите внимание, что рубрики: R57.2 «Септический шок», R65.0 «Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения без недостаточности функции органов», R65.1 «Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с недостаточностью функции органов» и R95 «Синдром внезапной смерти грудного ребенка» не считаются неточно обозначенными.
- В некоторых случаях неточно обозначенное состояние может повлиять на то, как прокодированы другие состояния в свидетельстве. В таком случае отклоните неточно обозначенное состояние при выборе отправной точки, но примите его во внимание при кодировании других состояний, указанных в свидетельстве.

- Пример 16:*
- 1(а) Дыхательная недостаточность
  - (б)
  - (в)
  - (г)
- 2 Эмболия сосудов брыжейки

Дыхательная недостаточность является единственным состоянием, упомянутым в Части 1, и она является предварительной отправной точкой в соответствии с шагами SP2 и SP6. Однако дыхательная недостаточность записана в таблице неточно обозначенных состояний, поэтому отклоняют дыхательную недостаточность и начинают процедуру выбора снова, с шага SP1. В соответствии с шагом SP1, новой отправной точкой является эмболия сосудов брыжейки.

*Пример 17:* 1(а) Анемия  
(б) Спленомегалия  
(в)  
(г)  
2

Спленомегалия – это предварительная отправная точка в соответствии с шагом SP3, указанная в таблице неточно обозначенных состояний. Отклоняют спленомегалию и начинают процедуру выбора снова, начиная с шага SP1. Теперь новой отправной точкой в соответствии с шагом SP2 является анемия. Однако спленомегалия модифицирует кодирование анемии (см. Алфавитный указатель). Кодировать как «Спленомегалическую анемию».

### ***Шаг SP8 – Состояния, маловероятно приводящие к смерти***

Далее проверьте, записана ли предварительная отправная точка в перечне состояний, маловероятно приводящих к смерти (см. Приложение 7.4 «Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти»). Если присутствует, выполните следующие действия:

Если в свидетельстве записаны другие состояния, проверьте, не являются ли они все неточно обозначенными состояниями или состояниями, маловероятно приводящими к смерти. Если они все являются неточно обозначенными или маловероятно приводящими к смерти, перейдите к шагу M1.

Если в свидетельстве записаны другие состояния, которые не являются неточно обозначенными или маловероятно приводящими к смерти, вначале проверьте, была ли смерть вызвана реакцией на лечение состояния, маловероятно приводящего к смерти, которое вы выбрали в качестве предварительной отправной точки. Если смерть была вызвана этой реакцией на лечение, то выберите эту реакцию как отправную точку. Далее перейдите к шагу M1.

Если смерть не была вызвана реакцией на лечение состояния, маловероятно приводящего к смерти, проверьте, было ли это состояние причиной другого состояния, не включенного в перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти, и не являющегося неточно обозначенным. Если было, тогда состояние, маловероятно приводящее к смерти, по-прежнему остается отправной точкой. Далее перейдите к шагу M1.

В случае отсутствия реакции на лечение и отсутствия осложнения состояния, маловероятно приводящего к смерти, отклоните это состояние. Перейдите к шагу SP1 и выберите другую отправную точку, как если бы в свидетельстве не было упомянуто состояние, маловероятно приводящее к смерти.

- Если в свидетельстве упоминается несколько видов лечения состояния, маловероятно приводящего к смерти, выберите первоначальное лечение.

- «Осложнение» означает состояние, которое может быть вызвано состоянием, маловероятно приводящим к смерти, или которое может быть вызвано лечением состояния, маловероятно приводящего к смерти.

Если отправная точка не является состоянием, маловероятно приводящим к смерти, перейдите к шагу M1.

- Пример 18:* 1(a) Потеря слуха  
 (б)  
 (в)  
 (г)  
 2 Ишемическая болезнь сердца

В соответствии с шагом SP2, предварительной отправной точкой является потеря слуха, но потеря слуха фигурирует в таблице состояний, маловероятно приводящих к смерти. В свидетельстве записано еще одно состояние – ишемическая болезнь сердца, которая не указана в таблице состояний, маловероятно приводящих к смерти. Отклоняют потерю слуха и начинают процедуру выбора снова, начиная с шага SP1. Новой отправной точкой в соответствии с шагом SP1 является ишемическая болезнь сердца.

- Пример 19:* 1(a) Печеночная недостаточность  
 (б) Чрезмерное использование парацетамола  
 (в) Мигренозная головная боль  
 (г)

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является мигренозная головная боль. Она фигурирует в таблице состояний, маловероятно приводящих к смерти. Это состояние лечили парацетамолом, и возникла реакция на это лечение – печеночная недостаточность. Отклоняют состояние, маловероятно приводящее к смерти, и выбирают в качестве отправной точки реакцию на лечение – печеночную недостаточность.

- Пример 20:* 1(a) Сепсис  
 (б) Подчелюстной абсцесс  
 (в) Кариес  
 (г)  
 2

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является кариес. Он фигурирует в таблице состояний, маловероятно приводящих к смерти, но в этом случае вызвал осложнения, которые не считаются маловероятно приводящими к смерти. Поэтому в качестве отправной точки выбирают кариес.

- Пример 21:* 1(a) Головная боль  
 (б) Кариес  
 (в)  
 (г)  
 2 Ишемическая болезнь сердца

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является кариес. Он фигурирует в таблице состояний, маловероятно приводящих к смерти. В свидетельстве указано осложнение «головная боль», но оно фигурирует в таблице неточно обозначенных состояний. Отклоняют кариес и



головную боль и начинают процедуру выбора снова, начиная с шага SP1. Новая отправная точка в соответствии с шагом SP1 – ишемическая болезнь сердца.

#### **4.2.2. Проверка на модификации отправной точки (шаги M1–M4)**

Отправная точка, которую вы выявили с помощью шагов SP1–SP8, теперь считается предварительной первоначальной причиной. В отношении этой предварительной первоначальной причины могут быть специальные инструкции по кодированию или могут возникнуть другие основания для ее модификации. Проверьте, должна ли быть модифицирована предварительная первоначальная причина, с применением правил модификации, описанных на шагах от M1 (Правило модификации 1) до M3 (Правило модификации 3). Каждый шаг содержит одно правило модификации. На каждом шаге имеется описание самого правила модификации и дальнейших действий. Имеются также ключевые пункты с более подробными инструкциями и пояснениями.

##### ***Шаг M1 – Специальные инструкции***

Проверьте, применимы ли к предварительной первоначальной причине специальные инструкции по кодированию. Если специальная инструкция по кодированию применяется, определите в соответствии с этой инструкцией новую предварительную первоначальную причину.

Далее проверьте, применяются ли какие-либо специальные инструкции к этой новой предварительной первоначальной причине. То есть повторно выполните шаг M1. Повторяйте до тех пор, пока не будет найдена такая предварительная первоначальная причина, на которую не распространяется более никакая специальная инструкция по кодированию. Затем перейдите к шагу M2.

- Подробные указания в отношении конкретных предварительных первоначальных причин можно найти в разделе 4.2.5 «Специальные инструкции по взаимосвязям и другим положениям» (шаг M1).
- Иногда несколько специальных инструкций применяются к предварительной первоначальной причине. Если это так, то перед инструкциями, касающимися предварительной первоначальной причины состояния, записанного в Части 2, примените инструкции, касающиеся предварительной первоначальной причины состояния, записанного в Части 1.
- Если имеется несколько инструкций, относящихся к предварительной первоначальной причине состояний, записанных в Части 1, примените инструкцию, относящуюся к первому упомянутому состоянию, записанному на самой нижней заполненной строке в Части 1.
- Если имеется несколько инструкций, относящихся к предварительной первоначальной причине только состояний, записанных в Части 2, примените инструкцию, относящуюся к первому из этих упомянутых состояний.
- Следует отметить, что некоторые специальные инструкции применяются только к вполне определенным обстоятельствам, например, когда состояние A записано как причина состояния B, или относятся к случаям смерти в определенном возрасте.
- Иногда в томе 1 или в Алфавитном указателе указан код для комбинации предварительной первоначальной причины с другой причиной, упомянутой в свидетельстве. Используйте комбинированный код, если только инструкция по кодированию смертности в томе 2 не содержит других инструкций.

Если никакая специальная инструкция по кодированию не применяется, то отправная точка, которую вы нашли, выполняя шаги SP1–SP8, является предварительной первоначальной причиной. Далее перейдите к шагу M2.

- Пример 1:* 1(а) Инфаркт миокарда  
(б) Ишемическая болезнь сердца  
(в)  
(г)  
2

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является ишемическая болезнь сердца. Имеется специальная инструкция по ишемической болезни сердца, записанной с инфарктом миокарда, и, согласно этой инструкции, новой предварительной первоначальной причиной является инфаркт миокарда.

- Пример 2:* 1(а) Ишемическая болезнь сердца  
(б) Атеросклероз  
(в)  
(г)  
2 Инфаркт миокарда

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция относительно атеросклероза, записанного с ишемической болезнью сердца, и другая инструкция относительно атеросклероза, записанного с инфарктом миокарда. Ишемическая болезнь сердца записана в свидетельстве в Части 1, а инфаркт миокарда – в Части 2, поэтому применяют инструкцию по атеросклерозу, записанному с ишемической болезнью сердца, и выбирают ишемическую болезнь сердца как новую отправную точку. Далее, имеется специальная инструкция по ишемической болезни сердца, записанной с инфарктом миокарда. Применяют эту инструкцию и выбирают инфаркт миокарда в качестве новой предварительной первоначальной причины.

- Пример 3:* 1(а) Ишемическая болезнь сердца  
(б) Атеросклероз  
(в)  
(г)  
2 Инфаркт головного мозга

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция по атеросклерозу, записанному с ишемической болезнью сердца, и другая инструкция по атеросклерозу, записанному с инфарктом головного мозга. Ишемическая болезнь сердца записана в Части 1 свидетельства, поэтому применяют инструкцию по атеросклерозу, записанному с ишемической болезнью сердца, и выбирают ишемическую болезнь сердца в качестве новой предварительной первоначальной причины.

- Пример 4:* 1(а) Цереброваскулярный инфаркт  
(б) Атеросклероз  
(в) Гипертензия  
(г)  
2 Инфаркт миокарда

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является гипертензия. Имеются специальные инструкции по гипертензии, записанной с цереброваскулярным инфарктом и инфарктом миокарда. Первым в свидетельстве указан цереброваскулярный инфаркт, поэтому применяют

инструкцию по гипертензии, записанной с цереброваскулярным инфарктом, и выбирают цереброваскулярный инфаркт в качестве новой предварительной первоначальной причины.

- Пример 5:* 1(а) Деменция  
(б) Атеросклероз  
(в)  
(г)  
2

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция по атеросклерозу, записанному как причина деменции. Применяют эту инструкцию и выбирают атеросклеротическую деменцию в качестве новой предварительной первоначальной причины.

- Пример 6:* 1(а) Атеросклероз  
(б)  
(в)  
(г)  
2 Деменция

В соответствии с шагом SP2, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Несмотря на то, что имеется специальная инструкция по деменции, записанной как причина атеросклероза, эта инструкция к данному случаю не относится, поскольку о деменции сообщается в Части 2, причем не как о состоянии, вызванном атеросклерозом. В этом случае предварительной отправной точкой остается атеросклероз.

- Пример 7:* 1(а) Эпилепсия  
(б) Алкоголизм  
(в)  
(г)  
2

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является алкоголизм. В томе 1 в перечне включенных терминов в подрубрику G40.5 «Особые эпилептические синдромы» упоминаются «эпилептические припадки, связанные с употреблением алкоголя». Однако существует специальная инструкция для подрубрики G40.5 «Особые эпилептические синдромы»: не использовать, если известна первоначальная причина эпилептического припадка. Поэтому в качестве предварительной отправной точки оставляют алкоголизм.

### ***Шаг M2 – Специфичность***

Если предварительная первоначальная причина описывает состояние в общих чертах, а в свидетельстве записан термин, более точно определяющий локализацию или характер этого состояния, этот более информативный термин и является новой предварительной первоначальной причиной.

Далее проверьте, может ли эта новая предварительная первоначальная причина быть уточнена еще больше другими терминами в свидетельстве о смерти. То есть повторно примените шаг M2. Повторяйте, пока не будет найдена предварительная первоначальная причина, которая больше уточнена быть уже не может.

- Более уточненное описание должно относиться к тому же состоянию, что и предварительная первоначальная причина. Не отклоняйте генерализованное состояние, например атеросклероз, из-за того, что в свидетельстве сообщается о более уточненном, но не родственном состоянии (см. также пример 9).
- Обратите внимание, что новая предварительная первоначальная причина иногда сама дополнительно уточняется общим термином (см. пример 10).
- Иногда несколько других формулировок дают более точную информацию о предполагаемой первоначальной причине. Если это так, то начните с формулировок в Части 1, прежде чем перейти к формулировкам в Части 2.
- Если в Части 1 есть несколько более точных формулировок, то начните с первой упомянутой формулировки, записанной на самой нижней заполненной строке в Части 1.
- Если есть несколько более точных формулировок только в Части 2, начните с первой упомянутой такой формулировки.
- Обратите внимание, что некоторые инструкции по специфичности применяются только к определенным обстоятельствам, например, когда состояние А записано как причина состояния В.

*Пример 8:* 1(a) Нарушение мозгового кровообращения  
 (б) Атеросклероз  
 (в)  
 (г)  
 2 Артериальная эмболия в ствол мозга

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция по атеросклерозу, записанному с нарушением мозгового кровообращения; применяют эту инструкцию, и в качестве новой отправной точки в соответствии с шагом M1 выбирают нарушение мозгового кровообращения. Тип нарушения мозгового кровообращения более точно описан в Части 2 как артериальная эмболия в ствол головного мозга. Это и есть новая предварительная первоначальная причина.

*Пример 9:* 1(a) Нарушение мозгового кровообращения  
 (б) Атеросклероз  
 (в)  
 (г)  
 2 Овсяноклеточный рак верхней доли правого легкого

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция по атеросклерозу, записанному с нарушениями мозгового кровообращения; применяют эту инструкцию, и в качестве новой предварительной первоначальной причины выбирают нарушение мозгового кровообращения. Более точного описания типа нарушения мозгового кровообращения в свидетельстве нет, поэтому предварительной первоначальной причиной остается нарушение мозгового кровообращения.

*Пример 10:* 1(a) Менингит  
 (б) Туберкулез  
 (в)  
 (г)  
 2

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является туберкулез. Проявление описано как менингит, и эти два термина объединяются в туберкулезный менингит, который является предварительной первоначальной причиной.

### **Шаг M3 – Повторная проверка шагов SP6, M1 и M2**

Если в данный момент предварительная первоначальная причина не совпадает с отправной точкой, которую вы выбрали с помощью шагов SP1–SP8, вернитесь к шагу SP6. Повторите процедуры, описанные в шагах SP6, M1 и M2.

- Не возвращайтесь к шагу SP6, если причина, выбранная на шагах M1 или M2, является правильно записанной как вызванная другим состоянием, за исключением случаев, когда это состояние является неточно обозначенным.
- Также не возвращайтесь к шагу SP6, если предварительной первоначальной причиной является реакция на лечение состояния, маловероятно приводящего к смерти, выбранного на шаге SP8.

*Пример 11:* 1(a) Сепсис  
(б) Артериальная болезнь, артериальная эмболия левой нижней конечности  
(в)  
(г)  
2 Рак ободочной кишки

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является артериальная болезнь. Артериальная эмболия левой нижней конечности, записанная как второе состояние на строке 1(б), является уточненным типом артериальной болезни. Поэтому на шаге M2 в качестве предварительной первоначальной причины выбирают артериальную эмболию левой нижней конечности. Повторно применяют шаг SP6, поскольку предварительная отправная точка не совпадает с той, которая выбрана в шагах SP1–SP8. Но рак ободочной кишки – это очевидная причина артериальной эмболии, и поэтому новой отправной точкой является рак ободочной кишки. Дальнейшие модификации не применяются. Кодировать рак ободочной кишки (C18.9 «Злокачественное новообразование ободочной кишки, неуточненное») в качестве первоначальной причины смерти.

*Пример 12:* 1(a) Сепсис  
(б) Артериальная болезнь, артериальная эмболия левой нижней конечности  
(в) Атеросклероз  
(г)  
2 Рак ободочной кишки

В соответствии с шагом SP3, предварительной отправной точкой является атеросклероз. Имеется специальная инструкция по атеросклерозу, записанному как причина артериальной болезни, и, согласно этой инструкции, в соответствии с шагом M1, новой отправной точкой является артериальная болезнь. Артериальная эмболия левой нижней конечности, записанная как второе состояние на строке 1(б), представляет собой более уточненное описание типа артериальной болезни и выбрана в качестве предварительной отправной точки на шаге M2. Не следует повторно применять шаг SP6, поскольку артериальная эмболия левой нижней конечности записана как вызванная атеросклерозом, и эта причинная

взаимосвязь правильная. Дальнейшие модификации не применяются. Кодировать артериальную эмболию левой нижней конечности (I74.3 «Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей») как первоначальную причину смерти.

#### **Шаг М4 – Инструкции по медицинским процедурам, отравлениям, основной травме и материнской смертности**

Наконец, примените следующие инструкции к первоначальной причине, которую вы установили:

- Если первоначальная причина, которую вы установили, применяя шаги SP1–SP8 и M1–M3, является хирургической операцией или другим видом медицинской процедуры, примените инструкции из раздела 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).
- Если первоначальной причиной, которую вы установили, применяя правила выбора и модификации на шагах SP1–SP8 и шагах M1–M3, является травма или отравление (один из кодов в рубриках S00–T98), кодируйте внешнюю причину травмы или отравления как первоначальную причину смерти.
- Если первоначальная причина указана в классе XX «Внешние причины заболеваемости и смертности», также выберите основную травму. См. инструкции в разделе 4.2.6 «Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин» (шаг М4).
- Если первоначальной причиной, которую вы выбрали с помощью шагов SP1–SP8 и шагов M1–M3, является отравление, а в свидетельстве записано более одного токсического вещества, примените инструкции из раздела 4.2.7 «Специальные инструкции по отравлениям лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (шаг М4), чтобы выявить наиболее важное связанное с этим отравлением вещество.
- Если умершей является женщина, и в свидетельстве записана беременность, деторождение или послеродовой период, определите, следует ли кодировать первоначальную причину смерти кодами класса XV «Беременность, деторождение и послеродовой период», руководствуясь инструкциями раздела 4.2.8 «Специальные инструкции по материнской смертности» (шаг М4).

Когда вы установили причину смерти, которая больше не меняется ни в шаге SP6, ни на шагах M1–M4, это означает, что вы пришли к первоначальной причине смерти.

Хотя определенная вами причина смерти больше не изменяется на шагах SP6 или M1–M4, могут действовать другие ограничения, например: причина ограничена лицами определенного пола или возрастного диапазона, или причина смерти маловероятна, учитывая географическое положение. Поэтому всегда следует проверять, распространяется ли какое-либо из этих ограничений на выбранную вами первоначальную причину.

#### **4.2.3. Специальные инструкции по принимаемым и отклоняемым последовательностям (шаги SP3 и SP4)**

В этом разделе перечислены последовательности причин смерти, которые следует принять или отклонить при выборе первоначальной причины смерти. Цель заключается в том, чтобы подготовить максимально полезные статистические данные о смертности. Таким образом, указание последовательности как «отклоняемой» или «принимаемой» может отражать интересы, являющиеся важными для общественного здоровья, а не то, что приемлемо с чисто медицинской точки зрения. Поэтому всегда применяйте эти инструкции независимо от того, можно ли считать их правильными или неправильными с медицинской точки зрения. Отдельные страны не должны исправлять то, что они считают ошибкой,

поскольку изменения на национальном уровне приведут к тому, что данные будут менее сопоставимы с данными из других стран и, таким образом, будут менее полезны для анализа.

#### ***A. Принимаемые последовательности***

При применении шагов SP3 и SP4 следует принимать перечисленные ниже связи.

##### **(a) Инфекционные болезни вследствие других состояний**

Принимайте инфекционные болезни, вызванные другими состояниями, за исключением инфекционных болезней, перечисленных в разделе «Отклоняемые последовательности», подраздел (a) «Инфекционные болезни вследствие других состояний».

##### **(b) Болезнь, вызванная ВИЧ, как следствие других состояний**

Принимайте болезнь, вызванную ВИЧ, как следствие:

- состояний, требующих переливания крови, таких как гемофилия, анемия и серьезные травмы
- инвазивных процедур, например хирургических операций
- наркоманий

Примеры таких состояний приведены в Приложении 7.5 «Причины ВИЧ-инфекции». Примите к сведению, что перечень, содержащийся в Приложении 7.5, не является полным.

##### **(c) Инфекционные болезни, вызванные ВИЧ**

Принимайте следующие инфекционные болезни как следствие болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований и состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Брюшной тиф и паратиф, другие сальмонеллезные инфекции, шигеллез (A01–A03)
- Туберкулез (A15–A19)
- Последствия туберкулеза (B90)

##### **(d) Злокачественные новообразования и ВИЧ**

Принимайте следующие злокачественные новообразования как следствие болезни, вызванной ВИЧ:

- Злокачественное новообразование ротоглотки (C10)
- Злокачественное новообразование заднего прохода и анального канала (C21)
- Саркома Капоши (C46)
- Злокачественное новообразование вульвы (C51)
- Злокачественное новообразование влагалища (C52)
- Злокачественное новообразование шейки матки (C53), *если уточнено как прорастающее*
- Злокачественное новообразование полового члена (C60)
- Лимфома Ходжкина (C81), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Фолликулярная лимфома (C82), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Нефолликулярная лимфома (C83), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома (C83.3), *если уточнена как иммунобластная*
- Лимфома Беркитта (C83.7)

- Зрелая Т/НК-клеточная лимфома (С84), *если уточнена как* первичная в головном мозге
- Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы (С85), *если они уточнены как* первичные в головном мозге
- Другие уточненные типы Т/НК-клеточной лимфомы (С86), *если они уточнены как* первичные в головном мозге

(e) Сахарный диабет вследствие других состояний

Принимайте сахарный диабет 1 типа (E10.-) как следствие состояний, которые вызывают аутоиммунное разрушение  $\beta$ -клеток.

Принимайте сахарный диабет 2 типа (E11) как следствие состояний, вызывающих инсулинорезистентность.

Принимайте другой уточненный и неуточненный сахарный диабет (E13–E14) как следствие состояний, вызывающих поражение поджелудочной железы.

Список состояний, которые могут вызвать сахарный диабет, см. в Приложении 7.6.

(f) Ревматическая лихорадка вследствие других состояний

Принимайте острую ревматическую лихорадку (I00–I02) и хронические ревматические болезни сердца (I05–I09) как следствие:

- Скарлатины (A38)
- Стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9)
- Стрептококкового фарингита (J02.0)
- Стрептококкового тонзиллита (J03.0)

(g) Гипертензия вследствие других состояний

Принимайте гипертензивное состояние как следствие:

- эндокринных новообразований
- новообразований почек
- карциноидных опухолей

(h) Цереброваскулярные болезни вследствие других состояний

Принимайте внутримозговое кровоизлияние (I61.-) как следствие болезней печени (K70–K76).

Принимайте эмболию сосудов головного мозга, тромбоз и неуточненный инсульт (I63–I66, I69.3 и I69.4) как следствие эндокардита (I05–I08, I09.1, I33–I38).

(i) Врожденные аномалии вследствие других состояний

Принимайте врожденную аномалию как следствие хромосомной аномалии или синдрома врожденных пороков развития.

Принимайте гипоплазию легкого как следствие врожденной аномалии.



(j) Несчастные случаи вследствие других состояний

Принимайте падение (W00–W19) или воздействие неуточненного фактора, вызывающего перелом (X59.0), как следствие нарушения плотности и структуры кости (M80–M85) или вследствие (патологического) перелома, вызванного нарушением плотности и структуры кости (M80–M85).

Принимайте асфиксию и аспирацию (W78–W80) вследствие других причин.

(k) Острые или терминальные болезни системы кровообращения вследствие других состояний

Принимайте следующие острые или терминальные болезни системы кровообращения как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета или астмы:

- Острый и повторный инфаркт миокарда (I21 и I22)
- Другая острая ишемическая болезнь сердца (I24)
- Легочная эмболия (I26)
- Острый перикардит (I30)
- Острый и подострый эндокардит (I33)
- Острый миокардит (I40)
- Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса] (I44)
- Другие нарушения проводимости (I45)
- Остановка сердца (I46)
- Пароксизмальная тахикардия (I47)
- Фибрилляция и трепетание предсердий (I48)
- Другие нарушения сердечного ритма (I49)
- Сердечная недостаточность (I50)
- Другие неточно обозначенные болезни сердца (I51.8)
- Цереброваскулярные болезни в рубриках I60–I66, I67.6–I67.8 и I69

***V. Отклоняемые последовательности***

При применении шагов SP3 и SP4 отклоните перечисленные ниже взаимосвязи.

(a) Инфекционные болезни вследствие других состояний

Не принимайте следующие инфекционные и паразитарные болезни как следствие любых других причин, даже болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований или состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Холера (A00)
- Ботулизм (A05.1)
- Чума, туляремия, сибирская язва, бруцеллез (A20–A23)
- Лептоспироз (A27)
- Лепра [болезнь Гансена] (A30)
- Столбняк, дифтерия, коклюш, скарлатина, менингококковая инфекция (A33–A39)
- Инфекция, вызванная *Chlamydia psittaci* (A70)
- Трахома (A71)
- Риккетсиозы (A75–A79)
- Острый полиомиелит (A80)
- Болезнь Крейтцфельда-Якоба (A81.0)
- Подострый склерозирующий панэнцефалит (A81.1)

- Бешенство, комариный вирусный энцефалит, клещевой вирусный энцефалит, неуточненный вирусный энцефалит (A82–A86)
- Денге и другие комариные вирусные лихорадки (A92 и A97)
- Желтая лихорадка (A95)
- Геморрагическая лихорадка Хунин и геморрагическая лихорадка Мачупо, лихорадка Ласса (A96.0–A96.2)
- Другие вирусные геморрагические лихорадки (A98)
- Оспа, инфекции, вызванные вирусом обезьяньей оспы, корь, краснуха (B03–B06)
- Острый гепатит В и С (B16 и B17.1)
- Хронический гепатит В и С (B18.0–B18.2)
- Эпидемический паротит (B26)
- Малярия, лейшманиоз, болезнь Шагаса (B50–B57)
- Последствия полиомиелита (B91)
- Последствия лепры (B92)
- Последствия трахомы (B94.0)
- Последствия вирусного энцефалита (B94.1)
- Последствия вирусного гепатита (B94.2)
- Другие новые заболевания, о которых необходимо сообщать в ВОЗ (например, U04 Тяжелый острый респираторный синдром (SARS), J09 Птичий грипп)
- Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа (J09)
- Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа (J10)

Не принимайте следующие инфекционные болезни как вызванные другими причинами, *за исключением* болезни, вызванной ВИЧ, злокачественных новообразований и состояний, ослабляющих иммунную систему:

- Брюшной тиф и паратиф, другие сальмонеллезные инфекции, шигеллез (A01–A03)
- Туберкулез (A15–A19)
- Последствия туберкулеза (B90)

(b) Злокачественные новообразования вследствие других состояний

Не принимайте злокачественное новообразование как вызванное любой другой причиной, *за исключением* нижеперечисленных злокачественных новообразований, вызванных ВИЧ:

- Злокачественное новообразование ротоглотки (C10)
- Злокачественное новообразование заднего прохода и анального канала (C21)
- Саркома Капоши (C46)
- Злокачественное новообразование вульвы (C51)
- Злокачественное новообразование влагалища (C52)
- Злокачественное новообразование шейки матки (C53), *если уточнено как прорастающее*
- Злокачественное новообразование полового члена (C60)
- Лимфома Ходжкина (C81), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Фолликулярная лимфома (C82), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Нефолликулярная лимфома (C83), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома (C83.3), *если уточнена как иммунобластная*
- Лимфома Беркитта (C83.7)
- Зрелая Т/НК-клеточная лимфома (C84), *если уточнена как первичная в головном мозге*
- Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы (C85), *если они уточнены как первичные в головном мозге*

- Другие уточненные типы Т/НК-клеточной лимфомы (С86), *если они уточнены как первичные в головном мозге*

(с) Гемофилия вследствие других состояний

Не принимайте гемофилию (D66, D67, D68.0–D68.2) как вызванную любой другой причиной.

(d) Сахарный диабет вследствие других состояний

Не принимайте сахарный диабет 1 типа (E10.-) как следствие любой другой причины, за исключением состояний, вызывающих аутоиммунное разрушение β-клеток.

Не принимайте сахарный диабет 2 типа (E11) как следствие любой другой причины, кроме состояний, вызывающих инсулинорезистентность.

Не принимайте другой и неуточненный сахарный диабет (E13 и E14) как следствие любой другой причины, за исключением состояний, вызывающих поражение поджелудочной железы.

Список состояний, которые могут вызвать сахарный диабет, см. в Приложении 7.6.

(e) Ревматическая лихорадка вследствие других состояний

Не принимайте острую ревматическую лихорадку (I00–I02) и хронические ревматические болезни сердца (I05–I09) как вызванные другими причинами, *за исключением:*

- Скарлатины (A38)
- Стрептококкового сепсиса, вызванного стрептококком группы А или неуточненным (A40.0, A40.9)
- Стрептококкового фарингита (J02.0)
- Стрептококкового тонзиллита (J03.0)

(f) Гипертензия вследствие других состояний

Не принимайте гипертензивные состояния как вызванные новообразованием, *за исключением:*

- эндокринных новообразований
- новообразований почек
- карциноидных опухолей

(g) Хроническая ишемическая болезнь сердца вследствие других состояний

Не принимайте хроническую ишемическую болезнь сердца (I20, I25) как следствие новообразования.

(h) Атеросклероз вследствие других состояний

Не принимайте состояние, описанное как атеросклеротическое, как следствие новообразования.

(i) Грипп вследствие других состояний

Не принимайте грипп (J09–J11) как вызванный любой другой причиной.

(j) Врожденные аномалии вследствие других состояний

Не принимайте врожденную аномалию (Q00–Q99) как следствие любой другой причины, включая недоразвитие, за исключением:

- врожденной аномалии как следствия хромосомной аномалии или синдрома врожденных пороков развития
- гипоплазии легкого (Q33.6) вследствие врожденной аномалии

(k) Взаимопротиворечащие продолжительности

Не принимайте состояние с указанной продолжительностью как следствие состояния с более короткой продолжительностью.

(l) Несчастные случаи вследствие других состояний

Не принимайте несчастные случаи (V01–X59), вызванные причинами, кодируемыми в других классах, за исключением:

- Падений (W00–W19) как следствия нарушения плотности и структуры кости (M80–M85)
- Падений (W00–W19) вследствие (патологического) перелома, вызванного нарушением плотности и структуры кости (M80–M85)
- Удушья и аспирации (W78–W80), когда они вызваны другими причинами

(m) Самоубийство вследствие других состояний

Не принимайте самоубийство (X60–X84) как следствие любой другой причины.

#### 4.2.4. Специальные инструкции по очевидной причине (шаг SP6)

В этом разделе перечислены состояния, которые должны быть признаны как очевидные причины состояний, выбранных в качестве предполагаемой отправной точки на шагах SP1–SP5.

##### ***A. Осложнения ВИЧ***

(a) Инфекционные болезни и ВИЧ

Очевидной причиной для инфекционных заболеваний, кроме перечисленных в «Специальных инструкциях по принимаемым и отвергаемым последовательностям», раздел «Отвергаемые последовательности», подраздел (a) «Инфекционные болезни вследствие других состояний», является болезнь, вызванная ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75).

Болезнь, вызванная ВИЧ, но не ВИЧ-положительный статус, должна рассматриваться в качестве очевидной причины брюшного тифа, паратифа и других инфекций, вызванных сальмонеллами и шигеллами (A01–A03), также перечисленных в подразделе (a).

Необходимо рассматривать как болезнь, вызванную ВИЧ, так и ВИЧ-положительный статус, в качестве очевидной причины следующих инфекционных болезней:

- Сальмонеллезный сепсис (A02.1)

- Криптоспоридиоз (A07.2)
- Изоспориоз (A07.3)
- Туберкулез (A15–A19)
- Инфекции, вызванные другими микобактериями (A31.-)
- Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (A81.2)
- Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса [Herpes simplex] (B00.0–B00.2, B00.7–B00.8), уточненные как хронические язвы, бронхит, пневмония или эзофагит
- Цитомегаловирусные болезни, классифицированные в рубриках B25.0, B25.2, B25.8 и B25.9, кроме локализаций в печени, селезенке, лимфатических узлах
- Кандидозы других локализаций (B37.8), уточненные как кандидозы легких и пищевода
- Кокцидиомикозы (B38.-)
- Гистоплазмозы (B39.-)
- Криптококкозы (B45.-)
- Пневмоцистоз (B48.5†)
- Последствия туберкулеза (B90.-)

#### (b) Злокачественные новообразования и ВИЧ

Необходимо рассматривать и болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), и ВИЧ-положительный статус (R75) как очевидную причину следующих злокачественных новообразований:

- Саркома Капоши (C46)
- Карцинома шейки матки, уточненная как прорастающая в злокачественном новообразовании шейки матки (C53)
- Лимфома, уточненная как первичная в головном мозге (C81–C85)
- Диффузная В-крупноклеточная лимфома, уточненная как иммунобластная (C83.3)
- Лимфома Беркитта (C83.7)

#### (c) Иммунодефицит и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), как очевидную причину иммунодефицитного состояния.

#### (d) Пневмония и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75), как очевидную причину пневмонии (J12–J18).

#### (e) Кахексия и ВИЧ

Необходимо рассматривать болезнь, вызванную ВИЧ (B20–B24), но не ВИЧ-положительный статус (R75), как очевидную причину кахексии (R64).

### ***B. Энтероколиты, вызванные *Clostridium difficile****

Необходимо рассматривать энтероколиты, вызванные *Clostridium difficile*, как очевидную причину антибиотикотерапии.

### ***C. Сепсис и синдром системного воспалительного ответа***

Необходимо принять состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнуряющие болезни (такие, как злокачественные новообразования и нарушение питания), заболевания, вызывающие паралич (такие, как кровоизлияние в мозг и тромбоз), серьезные

нарушения дыхания и тяжелые травмы (степени 1–4 в соответствии с перечнем приоритетов травм, Приложение 7.7) как очевидную причину сепсиса, классифицированного в рубриках А40–А41, В37.7 и В49, и синдрома системного воспалительного ответа [SIRS] – в рубрике R65.-.

#### ***D. Осложнения сахарного диабета***

Необходимо принять сахарный диабет (E10–E14) как очевидную причину следующих состояний:

- Ацидоз (E87.2)
- Другие уточненные нарушения обмена веществ (E88.8)
- Другие мононевропатии (G58.-)
- Полиневропатия неуточненная (G62.9)
- Другие поражения периферической нервной системы (G64)
- Другие первичные поражения мышц (G71.8), уточненные как амиотрофия, но без уточнения этиологии
- Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное (G90.9)
- Иридоциклит (H20.9)
- Катаракта неуточненная (H26.9)
- Хориоретинальное воспаление неуточненное (H30.9)
- Окклюзии сосудов сетчатки (H34)
- Фоновая ретинопатия и изменения сосудов сетчатки (H35.0)
- Другая пролиферативная ретинопатия (H35.2)
- Ретинальное кровоизлияние (H35.6)
- Болезнь сетчатки неуточненная (H35.9)
- Атеросклероз артерий конечностей (I70.2)
- Болезнь периферических сосудов неуточненная (I73.9)
- Липоидный некробиоз, НКДР (L92.1)
- Язва нижней конечности, НКДР (L97)
- Артрит неуточненный (M13.9)
- Невралгия и неврит неуточненные (M79.2)
- Нефритический и нефротический синдромы (N03–N05)
- Хроническая болезнь почек (N18.-)
- Почечная недостаточность неуточненная (N19)
- Сморщенная почка неуточненная (N26)
- Поражение почки и мочеточника неуточненное (N28.9), уточненное как почечные заболевания
- Стойкая протеинурия неуточненная (N39.1)
- Гангрена, НКДР (R02)
- Кома неуточненная (R40.2)
- Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови (R79.8), уточненные как ацетонемия, азотемия и связанные с ними состояния

#### ***E. Дегидратация***

Необходимо принять любые кишечные инфекции как очевидную причину уменьшения объема жидкости (дегидратация) (E86).

#### ***F. Деменция***

Необходимо принять состояния, обычно включающие необратимые поражения головного мозга, как очевидную причину деменции, если другая причина деменции не установлена.

Необходимо принять синдром Дауна (Q90.-) как очевидную причину неуточненной деменции (F03) и болезни Альцгеймера (G30.-).

### ***Г. Умственная отсталость (F70–F79)***

Необходимо принять следующие состояния как очевидную причину умственной отсталости:

- Перинатальные состояния, классифицированные в рубриках P00–P04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения»
- Замедленный рост и недостаточность питания плода (P05)
- Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, НКДР (P07)
- Разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние при родовой травме (P10)
- Отек мозга при родовой травме (P11.0)
- Другие уточненные поражения мозга при родовой травме (P11.1)
- Повреждение мозга при родовой травме неуточненное (P11.2)
- Повреждение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное (P11.9)
- Родовая травма неуточненная (P15.9)
- Внутриутробная гипоксия (P20)
- Асфиксия при рождении (P21)
- Врожденные вирусные болезни (P35)
- Другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни (P37)
- Внутричерепное нетравматическое кровоизлияние у плода и новорожденного (P52)
- Ядерная желтуха (P57)
- Судороги новорожденного (P90)
- Другие нарушения церебрального статуса у новорожденного (P91)

### ***Н. Сердечная недостаточность и неуточненная болезнь сердца***

Необходимо принять другие состояния сердца как очевидную причину сердечной недостаточности (I50.-) и болезни сердца неуточненной (I51.9).

### ***И. Эмболия***

Необходимо принять венозный тромбоз, флебит или тромбофлебит, болезнь клапанов сердца, деторождение или любую хирургическую операцию как очевидную причину болезней, описанных как «эмболические». При этом, однако, должен быть понятным путь от места образования тромба до места эмболии.

### ***Л. Варикозное расширение вен пищевода***

Необходимо принять заболевания печени, классифицированные в рубриках B18.-, K70.-, K73.-, K74.- и K76.-, как очевидную причину варикозного расширения вен пищевода (I85.-).

### ***К. Пневмония***

Необходимо принять синдром зависимости от алкоголя (F10.2) как очевидную причину долевой пневмонии неуточненной (J18.1).

Необходимо принять состояния, которые приводят к нарушению иммунной системы, изнурительные болезни (такие как злокачественные новообразования и нарушения питания), заболевания, вызывающие паралич (такие как кровоизлияние в мозг и тромбоз),

серьезные нарушения дыхания, состояния, вызванные нарушением глотания, другие заболевания, ограничивающие способность к самообслуживанию, включая деменцию и дегенеративные болезни нервной системы, отравления и тяжелые травмы (ранги 1–4 в соответствии с перечнем приоритетов травм, Приложение 7.7) как очевидную причину любой пневмонии (J12–J18, J69.0 и J69.8).

#### ***L. Отек легкого***

Необходимо принять следующие состояния как очевидную причину отека легкого (J81):

- Болезнь сердца (включая легочное сердце)
- Состояния, повреждающие легочную паренхиму, такие как:
  - легочные инфекции
  - аспирация и ингаляция
  - респираторный дистресс-синдром
  - большая высота
  - циркулирующие токсины
- Состояния, вызванные избытком жидкости в организме, такие как:
  - почечная недостаточность
  - гипоальбуминемия
- Врожденные аномалии с нарушением легочного кровообращения, такие как:
  - врожденный стеноз легочных вен

#### ***M. Нефритический синдром***

Необходимо принять любую стрептококковую инфекцию (скарлатину, стрептококковую ангину и др.) как очевидную причину нефритического или нефротического синдрома (N00–N05).

#### ***N. Пиелонефрит***

Необходимо принять любое сужение мочевыводящих путей, вызванное такими состояниями, как гиперплазия простаты или стеноз уретры, как очевидную причину пиелонефрита (N10–N12).

#### ***O. Острая почечная недостаточность***

Необходимо принять инфекции мочевыводящих путей как очевидную причину острой почечной недостаточности (N17), при условии, что нет признаков того, что почечная недостаточность появилась до того, как развилась инфекция мочевыводящих путей.

#### ***P. Первичный ателектаз новорожденных***

Необходимо принять врожденные почечные состояния (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), преждевременный разрыв плодных оболочек (P01.1) и олигогидрамнион (P01.2) как очевидную причину первичного ателектаза у новорожденного (P28.0).

#### ***Q. Преждевременный разрыв плодных оболочек и олигогидроамнион (P01.1)***

Необходимо принять врожденные почечные состояния (Q60, Q61.0–Q61.1, Q61.3–Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), как очевидные причины поражений плода и новорожденного, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек или олигогидроамнионом (P01.1 и P01.2).



## ***R. Кровотечение***

Необходимо принять отравление или передозировку антикоагулянтами как очевидную причину кровотечения. При этом, однако, нельзя принять терапию антикоагулянтами без упоминания об отравлении или передозировке как очевидную причину кровотечения. Также необходимо принять лечение стероидами, аспирином и нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) как очевидную причину желудочного кровотечения.

Необходимо принять желудочно-кишечное кровотечение как очевидную причину вторичной или неуточненной анемии.

## ***S. Аспирация и ингаляция***

Необходимо принять состояния, перечисленные в разделе К «Пневмония», как очевидные причины аспирации и ингаляции.

## ***T. Хирургические и другие инвазивные медицинские процедуры***

Необходимо принять хирургические или другие инвазивные медицинские процедуры, выполненные в течение четырех недель до смерти, очевидной причиной состояний, которые считаются общими осложнениями после медицинских процедур. Это также применимо, если операция или процедура указаны в отдельном месте, а не в Части 1 или Части 2 свидетельства.

Перечень таких состояний с конкретными инструкциями приведен в «Перечне состояний, которые следует рассматривать как прямые следствия хирургического вмешательства и других инвазивных медицинских процедур».

Если в свидетельстве указано состояние, которое может быть вылечено операцией или другими инвазивными медицинскими процедурами, и в свидетельстве также указана операция или процедура той же локализации, то принимают, что это состояние явилось причиной операции или процедуры.

## ***U. Типичные вторичные состояния***

Необходимо принять изнуряющие болезни (такие как злокачественные новообразования и нарушение питания) заболевания, вызывающие паралич (такие как кровоизлияние в мозг и тромбоз), другие болезни, которые ограничивают способность к самообслуживанию, включая деменцию и дегенеративные болезни нервной системы, а также тяжелые травмы как очевидную причину вторичных состояний, перечисленных в таблице. Однако эти состояния не должны рассматриваться как очевидное следствие дыхательных расстройств.

Состояния в рубриках, помеченные буквой «М» (может быть), должны быть приняты как очевидные следствия изнуряющих и паралитических состояний, только если они соответствуют условиям определения кода, указанным в последней колонке таблицы.

**Таблица 1. Вторичные (связанные) состояния**

Коды	Описание	Условие	Уточнение
D50.0	Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови		
D62	Анемия постгеморрагическая (хроническая)		
D64.9	Анемия неуточненная		
E40–E46	Недостаточность питания		
E86	Уменьшение объема жидкости		
G81–G83	Другие паралитические синдромы		
I26.0–I26.9	Легочная эмболия		
I74.2–I74.4	Эмболия и тромбоз артерий конечностей		
I80.1–I80.3	Флебит и тромбофлебит нижних конечностей		
I80.9	Флебит и тромбофлебит неуточненной локализации		
I82.9	Эмболия и тромбоз неуточненной вены		
K55.0	Сосудистые поражения кишечника	М	Состояние K55.0 должно быть уточнено как эмболия
K56.4	Другое закрытие просвета кишечника		
K59.0	Запор		
L89	Язва декубитальная и область давления		
N10–N12	Тубулоинтерстициальный нефрит	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N17–N19	Почечная недостаточность, острая, хроническая и неуточненная		
N28.0	Ишемия и инфаркт почки	М	Состояние N28.0 должно быть уточнено как эмболия почечной артерии
N30.0–N30.2	Цистит, интерстициальный (хронический) и другой хронический	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N30.9	Цистит неуточненный	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N31	Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря, НКДР		
N34.0–N34.2	Абсцесс уретры и уретрит	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N35.1–N35.9	Стриктура уретры (нетравматическая)	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
N39.0	Инфекция мочевыводящих путей без уточнения локализации	М	Болезни, вызывающие паралич или неспособность контролировать мочевой пузырь
R64	Кахексия		

#### 4.2.5. Специальные инструкции по взаимосвязям и другим положениям (шаг М1)

Используйте перечень в данном разделе для шага М1.

Предварительная первоначальная причина смерти указана в левой колонке. Если применяются состояния, указанные в правой колонке, указывают код, выделенный жирным шрифтом, как новую предварительную первоначальную причину смерти.

Имеются два типа комбинаций рубрик:

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

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

Для некоторых состояний имеются дополнительные требования, например, в том случае, если уточненный термин был использован как предварительная первоначальная причина, или как состояние, которое может изменить код первоначальной причины.

A00–B99      Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

*когда записаны как причина:*

C00–C97      (Злокачественные новообразования), кодируют **C00–C97**;

*Исключение.* Для злокачественных новообразований, перечисленных в разделе 4.2.3А «Принимаемые последовательности», подраздел (d) «Злокачественные заболевания и ВИЧ, записанные вследствие болезни, вызванной ВИЧ»: кодируют соответственно кодами **B21.-** или **B22.7**

A02.1      Сальмонеллезный сепсис

*с упоминанием о:*

B20–B24      (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.1, B20.7** или **B22.7**

R75      (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.1, B20.7** или **B22.7**

A07.3      Изоспориаз

*с упоминанием:*

B20–B24      (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

R75      (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.7, B20.8** или **B22.7**

A15–A19      Туберкулез

*с упоминанием о:*

- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**  
 R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**
- A15.- Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологическим или гистологическим исследованием, *или*
- A16.- Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологическим или гистологическим исследованием  
*с упоминанием о:*  
 J60–J64 (Пневмокониоз), кодируют **J65**
- A17.-† Туберкулез нервной системы, *или*
- A18.- Туберкулез других органов  
*с упоминанием о:*  
 A15 или A16 (Туберкулез органов дыхания), кодируют **A15, A16**, если не записана как причина и с указанной продолжительностью, превышающей таковую состояний в рубриках A15.- или A16.-
- A31.- Инфекция, вызванная другой микобактерией  
*с упоминанием о:*  
 B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**  
 R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.0, B20.7** или **B22.7**
- A39.2 Острая менингококкемия, *или*
- A39.3 Хроническая менингококкемия, *или*
- A39.4 Менингококкемия неуточненная  
*с упоминанием о:*  
 A39.0† (Менингококковый менингит), кодируют **A39.0**  
 A39.1† (Синдром Уотерхауса–Фридериксена), кодируют **A39.1**
- A51.- Ранний сифилис  
*с упоминанием о:*  
 A52.- (Поздний сифилис), кодируют **A52.-**
- A81.2 Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия  
*с упоминанием о:*

- V20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.3, V20.7** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.3, V20.7** или **V22.7**
- V00.0 Герпетическая экзема, *или*
- V00.1 Герпетический везикулярный дерматит, *или*
- V00.2 Герпетический вирусный гингивостоматит и фаринготонзиллит, *или*
- V00.7 Диссеминированная герпетическая вирусная болезнь, *или*
- V00.8 Другие формы инфекции, вызванной вирусом герпеса, уточненные как хронические язвы, бронхит, пневмония или эзофагит
- с упоминанием о:*
- V20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.3, V20.7** или **V24**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.3, V20.7** или **V24**
- V16.- Острый гепатит В, *или*
- V17.- Другой острый вирусный гепатит
- когда записан как причина:*
- K72.1 (Хроническая печеночная недостаточность), кодируют **V18.-**
- K74.0–K74.2, K74.4–K74.6 (Фиброз и цирроз печени), кодируют **V18.-**
- V20–B24 Болезнь, вызванная ВИЧ  
Механизм смерти, неточно обозначенные состояния и состояния, маловероятно приводящие к смерти, не должны быть связаны с рубриками V20–B23, если только в томе 3 нет конкретной записи об этом. Состояния, классифицированные в двух и более подрубриках одной рубрики, должны кодироваться подрубрикой .7 соответствующей рубрики (V20 или V21). Если необходимо, дополнительные коды внутри блока V20–B24 могут быть использованы для обозначения отдельных перечисленных состояний.
- V20.- Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями инфекционных и паразитарных болезней
- с упоминанием о:*
- V23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **V20.-**, если только в томе 3 нет указаний на другое
- V21.- Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями злокачественных новообразований
- с упоминанием о:*

- V23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **V21.-**, если только в томе 3 нет указаний на другое
- V22.- Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде других уточненных болезней  
*с упоминанием о:*
- V23.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний, при кодировании механизма смерти, неточно обозначенных состояний и состояний, маловероятно приводящих к смерти), кодируют **V22.-**, если только в томе 3 нет указаний на другое
- V22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках. Эта подрубрика должна использоваться, когда состояния, записанные в свидетельстве, классифицированы в двух и более рубриках V20–V22. Если необходимо, дополнительные коды внутри блока V20–V24 могут быть использованы для обозначения отдельных перечисленных состояний.
- V24 Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная  
*когда записана как причина:*
- I42.0 (Дилатационная кардиомиопатия), кодируют **V23.8**  
I42.9 (Кардиомиопатия неуточненная), кодируют **V23.8**
- V25.0† Цитомегаловирусный пневмонит, *или*
- V25.2† Цитомегаловирусный панкреатит, *или*
- V25.8 Другие цитомегаловирусные болезни, уточненные как ретинит, *или*
- V25.9 Цитомегаловирусная болезнь неуточненная, кроме поражений печени, селезенки и лимфатических узлов  
*с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.2, V20.7** или **V22.7**  
R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.2, V20.7** или **V22.7**
- V37.1 Легочный кандидоз, *или*
- V37.8 Кандидоз других локализаций, уточненный как эзофагит  
*с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.4, V20.7** или **V22.7**

- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.4, V20.7** или **V22.7**
- V38.- Кокцидиоидомикоз
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- V39.- Гистоплазмоз
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- V45.- Криптококкоз
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.5, V20.7** или **V22.7**
- V48.5† Пневмоцистоз
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.6, V20.7** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.6, V20.7** или **V22.7**
- V58.- Токсоплазмоз
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.7, V20.8** или **V22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.7, V20.8** или **V22.7**
- V90.- Последствия туберкулеза
- с упоминанием о:*
- V20–V24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V20.0, V20.7** или **V22.7**

R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B20.0**, **B20.7** или **B22.7**

- B95.0–B95.5 Стрептококк как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.1**.
- B95.6–B95.8 Стафилококк как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.0**.
- B96.0 *Mycoplasma pneumoniae* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.3**.
- B96.1 *Klebsiella pneumoniae* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.
- B96.2 *Escherichia coli* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.
- B96.3 *Haemophilus influenzae* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.2**.
- B96.4–B96.8 Другие уточненные бактериальные агенты как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.
- B97.0 Аденовирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B34.0**.
- B97.1 Энттеровирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B34.1**.
- B97.2 Коронавирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B34.2**.
- B97.3 Ретровирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B33.3**.
- B97.4 Респираторно-синцитиальный вирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **B34.8**.



- B97.5 Реовирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **V34.8**.
- B97.6 Парвовирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **V34.3**.
- B97.7 Папилломавирус как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **V34.4**.
- B97.8 Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **V34.8**.
- B98.0 *Helicobacter pylori* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.
- B98.1 *Vibrio vulnificus* как причина болезней, классифицированных в других классах  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если болезнь не указана, кодируют **A49.8**.
- C46.- Саркома Капоши  
*с упоминанием о:*  
B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V21.0, V21.7** или **V22.7**  
R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V21.0, V21.7** или **V22.7**
- C53.- Злокачественное образование шейки матки, уточненное как прорастающая карцинома шейки матки  
*с упоминанием о:*  
B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V21.7, V21.8** или **V22.7**  
R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **V21.7, V21.8** или **V22.7**
- C77–C79 Вторичные злокачественные новообразования  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если первичная локализация злокачественного новообразования неизвестна или не указана, кодируют как злокачественное новообразование без уточнения локализации (**C80.**).
- C81–C86.5 Лимфома, уточненная как первичная с локализацией в головном мозге  
*с упоминанием о:*

- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**
- C83.3 Диффузная В-крупноклеточная лимфома, уточненная как иммунобластная
- с упоминанием:*
- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.2, B21.7** или **B22.7**
- C83.7 Лимфома Беркитта
- с упоминанием о:*
- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.1, B21.7** или **B22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B21.1, B21.7** или **B22.7**
- C97 Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций
- Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если в свидетельстве записаны множественные, но самостоятельные злокачественные новообразования, выбирают первоначальную причину смерти в соответствии с правилами выбора и модификации обычным путем. См. также раздел 4.3.5 «Злокачественные новообразования».
- D00–D09 Новообразования in situ
- Если новообразование, классифицируемое в рубриках D00-D09, записано как причина распространенных метастазов, или если из другой информации в свидетельстве стало ясно, что оно явилось причиной распространенных метастазов, то кодируют соответствующее первичное злокачественное новообразование (**C00-C80**). Если нет никаких признаков того, что новообразование in situ вызвало распространенные метастазы, то следует считать, что новообразование in situ маловероятно привело к смерти, поэтому следуйте инструкциям на шаге SP8 – «Состояния, маловероятно приводящие к смерти».
- D50–D89 Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
- когда записана как причина:*
- B20–B24 Болезнь, вызванная ВИЧ, при указании в свидетельстве о смерти, что болезнь, вызванная ВИЧ, является следствием переливания крови, назначенного в качестве лечения исходного заболевания, кодируют **B20–B24**
- E10–E14 Сахарный диабет
- с упоминанием о:*

E87.2	(Ацидоз), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.1</b>
E88.8	(Другие уточненные нарушения обмена веществ), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.1</b>
G58.-	(Другие мононевропатии), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
G62.9	(Полиневропатия неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
G64	(Другие расстройства периферической нервной системы), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
G71.8	(Другие первичные поражения мышц), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
G90.9	(Расстройство вегетативной нервной системы неуточненное), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
H20.9	(Иридоциклит неуточненный), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H26.9	(Катаракта неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H30.9	(Хориоретинальное воспаление неуточненное), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H34	(Закупорка сосудов сетчатки), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H35.0	(Фоновая ретинопатия и сосудистые изменения сетчатки), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H35.2	(Другая пролиферативная ретинопатия), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H35.6	(Кровоизлияние в сетчатку), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
H35.9	(Болезнь сетчатки неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.3</b>
I70.2	(Атеросклероз артерий конечностей), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>
I73.9	(Болезнь периферических сосудов неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>
L92.1	(Липоидный некробиоз, не классифицированный в других рубриках), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L97	(Язва нижней конечности), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>
M13.9	(Артрит неуточненный), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
M79.2	(Невралгия и неврит неуточненные), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
N03–N05	(Нефротический и нефритический синдромы), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
N18.-	(Хроническая болезнь почек), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
N19	(Неуточненная почечная недостаточность), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
N26	(Неуточненная сморщенная почка), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
N28.9	(Поражение почки и мочеточника неуточненное), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
N39.1	(Протеинурия неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.2</b>
R02	(Гангрена, не классифицированная в других рубриках), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>

R40.2 (Кома неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.0**  
R79.8 (Другие уточненные отклонения от нормы химического состава крови), при указании на ацетонемию, азотемию и связанные состояния, кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.1**

Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний, и записанные состояния комбинируются с рубриками E10-E14 с одним и тем же четвертым знаком, то кодируют **E10–E14** с этим общим четвертым знаком. Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний, и записанные состояния комбинируются с рубриками **E10–E14** с различными четвертыми знаками, кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.7**.

*когда записан как причина:*

A09.- (Другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточненного происхождения), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
A40.- (Стрептококковый сепсис), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
A41.- (Другой сепсис), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
A49.- (Бактериальная инфекция неуточненной локализации), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
B35.- (Дерматофития), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
B36.- (Другие поверхностные микозы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
B37.- (Кандидоз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
D65 (Диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации]), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E15 (Недиабетическая гипогликемическая кома; только для неуточненной гипогликемической комы), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.0**  
E16.2 (Гипогликемия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E78.0 (Чистая гиперхолестеринемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E78.1 (Чистая гиперглицидемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E78.2 (Смешанная гиперлипидемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E78.5 (Гиперлипидемия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E87.5 (Гиперкалиемия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
E88.9 (Нарушение обмена веществ неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
G04.8 (Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
G04.9 (Энцефалит, миелит и энцефаломиелит неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**  
G70.9 (Нарушения нервно-мышечные неуточненные), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.4**  
G98 (Другие нарушения нервной системы, не классифицированные в других рубриках, исключая артропатию Шарко несифилитическую), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.4**

- G98 (Другие расстройства нервной системы, не классифицированные в других рубриках, если артропатия Шарко несифилитическая), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- H49.9 (Паралитическое косоглазие неуточненное), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.3**
- H54 (Слепота и пониженное зрение), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.3**
- I10 (Эссенциальная (первичная) гипертензия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I11.- (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I33.0 (Острый и подострый инфекционный эндокардит), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I38 (Эндокардит, клапан не уточнен), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I42.0 (Дилатационная кардиомиопатия), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I42.9 (Кардиомиопатия неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I48.- (Фибрилляция и трепетание предсердий), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I49.- (Другие нарушения сердечного ритма), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I50.- (Сердечная недостаточность), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I51.6 (Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I61.- (Внутричерепное кровоизлияние), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I62.- (Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I63.- (Инфаркт мозга), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I64 (Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I67.2 (Церебральный атеросклероз), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I67.8 (Другие уточненные цереброваскулярные болезни), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I67.9 (Цереброваскулярная болезнь неуточненная), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.1 (Последствия внутричерепного кровоизлияния), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.2 (Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.3 (Последствия инфаркта мозга), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.4 (Последствия инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I69.8 (Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**
- I70.0 (Атеросклероз аорты), кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.6**

I70.1	(Атеросклероз почечной артерии), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I70.8	(Атеросклероз других артерий), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I70.9	(Генерализованный или неуточненный атеросклероз), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I74.2	(Эмболия и тромбоз артерий верхних конечностей), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I74.3	(Эмболия и тромбоз артерий нижних конечностей), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I74.4	(Эмболия и тромбоз артерий конечностей неуточненные), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I80.-	(Флебит и тромбофлебит), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I82.9	(Эмболия и тромбоз неуточненной вены), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
I99	(Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения), только для ангиопатии, кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>
J12–J18	(Пневмония), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
K25–K28	(Язва желудка, двенадцатиперстной кишки, пептическая и гастродуоденальная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
K31.8	(Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; только для гастропареза), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.4</b>
K92.2	(Желудочно-кишечное кровотечение неуточненное), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L03.-	(Флегмона), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L08.-	(Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L30.9	(Дерматит неуточненный), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L89.-	(Язва декубитальная и область давления), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
L98.4	(Хроническая язва кожи, не классифицированная в других рубриках), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.5</b>
M11.2	(Другой хондрокальциноз), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
M72.6	(Некротизирующий фасциит), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
M89.9	(Болезнь костей неуточненная), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>
N39.0	(Инфекция мочевыводящих путей неуточненной локализации), кодируют <b>E10–E14</b> с четвертым знаком <b>.6</b>

Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний, и записанные состояния комбинируются с рубриками E10–E14 с одним и тем же четвертым знаком, то кодируют **E10–E14** с этим общим четвертым знаком. Если диабет записан с упоминанием о двух или более из перечисленных выше состояний, и записанные состояния комбинируются с рубриками **E10–E14** с различными четвертыми знаками, кодируют **E10–E14** с четвертым знаком **.7**.

- E40–E46 Недостаточность питания  
*когда записана как причина:*
- E14.- (Диабет), кодируют **E12.-**
- E86 Уменьшение объема жидкости (дегидратация)  
*с упоминанием о:*
- A00–A09 (Кишечные инфекционные болезни), кодируют **A00–A09**
- E89.- Эндокринные и обменные нарушения, возникшие после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).
- F03–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти, если известна первоначальная физическая причина органического психического расстройства.
- F05.1 Делирий на фоне деменции  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют по типу деменции.
- F10–F19 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ  
*с упоминанием о:*
- X40–X49 (Случайное отравление и воздействие ядовитыми веществами), кодируют **X40–X49**
- X60–X69 (Преднамеренное самоотравление и воздействие ядовитыми веществами), кодируют **X60–X69**
- X85–X90 Нападение с применением ядовитых веществ, кодируют **X85–X90**
- Y10–Y19 Отравление лекарственными препаратами, химическими и ядовитыми веществами, кодируют **Y10–Y19**
- F10–F19 Четвертый знак .0 (Острая интоксикация), кодируют **X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19**
- Четвертый знак .1 (Пагубное употребление)  
*с упоминанием о:*
- Синдром зависимости (.2), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.2**
- Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.4**
- Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.6**
- Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.7**

Четвертый знак .2 (Синдром зависимости)

*с упоминанием о:*

Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.4**

Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.6**

Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.7**

Четвертый знак .5 (Психотическое расстройство)

*с упоминанием о:*

Синдром зависимости (.2), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.2**

Абстинентное состояние с делирием (.4), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.4**

Амнестический синдром (.6), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.6**

Резидуальное и отсроченное психотическое расстройство (.7), кодируют **F10–F19** с четвертым знаком **.7**

F10.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

*с упоминанием о:*

E24.4 (Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем), кодируют **E24.4**

G31.2 (Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем), кодируют **G31.2**

G62.1 (Алкогольная полиневропатия), кодируют **G62.1**

G72.1 (Алкогольная миопатия), кодируют **G72.1**

I42.6 (Алкогольная кардиомиопатия), кодируют **I42.6**

K29.2 (Алкогольный гастрит), кодируют **K29.2**

K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.-**

K72.- (Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках), кодируют **K70.4**

K73.- (Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках), кодируют **K70.1**

K74.0 (Фиброз печени), кодируют **K70.2**

K74.1 (Склероз печени), кодируют **K70.2**

K74.2 (Фиброз печени в сочетании со склерозом печени), кодируют **K70.2**

K74.6 (Другой и неуточненный цирроз печени), кодируют **K70.3**

K75.8 (Другие воспалительные болезни печени), если уточнены как стеатогепатит, но не неалкогольный, кодируют **K70.1**

K75.9 (Воспалительная болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.1**

K76.0 (Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках), кодируют **K70.0**

K76.9 (Болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.9**

K85.2 (Острый панкреатит алкогольной этиологии), кодируют **K85.2**

K85.9 (Острый панкреатит неуточненный), кодируют **K85.2**



- K86.0 (Хронический панкреатит алкогольной этиологии), кодируют **K86.0**
- K86.1 (Другой хронический панкреатит), кроме уточненного вследствие других причин, не связанных с алкоголем, кодируют **K86.0**
- O35.4 (Медицинская помощь матери при (предполагаемом) поражении плода от алкоголя), кодируют **O35.4**

*когда записаны как причина:*

- I42.7 (Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств и других внешних факторов), кодируют **I42.6**
- F17.- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака  
Не используют, если известно конечное состояние.
- F70–F79 Умственная отсталость  
Не используют, если известно первоначальное физическое состояние.
- F80.- Специфические расстройства развития речи и языка
- F81.- Специфические расстройства развития учебных навыков  
Не используют, если известна первоначальная причина.
- G25.5 Другая хорей

*с упоминанием о:*

- I00–I02 (Острая ревматическая лихорадка), кодируют **I02.-**
- I05–I09 (Хроническая ревматическая болезнь сердца), кодируют **I02.-**
- G40.5 Особые эпилептические синдромы  
Не используют, если известна первоначальная причина эпилептических припадков.
- G40.6 Большие эпилептические припадки [grand mal] неуточненные (с малыми припадками [petit mal] или без них)
- G40.7 Малые эпилептические припадки [petit mal] неуточненные, без больших припадков [grand mal]

*с упоминанием о:*

- G41.0 (Эпилептический статус [grand mal]), кодируют **G41.0**
- G41.1 (Эпилептический статус [petit mal]), кодируют **G41.1**
- G40.8 Другая эпилепсия
- G40.9 Эпилепсия неуточненная

*с упоминанием о:*

- G41.- (Эпилептический статус), кодируют **G41.-**

G41.- Эпилептический статус

*с упоминанием о:*

- G40.0 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с локальным началом), кодируют **G40.0**
- G40.1 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными судорожными припадками), кодируют **G40.1**
- G40.2 (Обусловленная локализацией (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы со сложными парциальными судорожными припадками), кодируют **G40.2**
- G40.3 (Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы), кодируют **G40.3**
- G40.4 (Другая генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы), кодируют **G40.4**
- G40.5 (Особые эпилептические синдромы), кодируют **G40.5**

G45.- Транзиторные церебральные ишемические атаки и родственные синдромы

*когда записаны как причина:*

- F01.1 (Мультиинфарктная деменция), кодируют F01.1
- F01.9 (Сосудистая деменция неуточненная), кодируют F01.1
- F03 (Неуточненная деменция), кодируют **F01.1**

G81.- Гемиплегия, *или*

G82.- Параплегия и тетраплегия, *или*

G83.- Другие паралитические синдромы  
Не используют, если причина паралича известна.

G93.4 Энцефалопатия неуточненная

*с упоминанием о:*

- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B22.0** или **B22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B22.0** или **B22.7**

G97.- Нарушения нервной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

H54.- Ухудшение зрения, включая слепоту (бинокулярное или монокулярное)  
Пониженное зрение  
Не используют, если известно предшествующее состояние.

- Н59.- Поражения глаза и его придаточного аппарата после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).
- Н90.- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха
- Н91.- Другая потеря слуха  
Не используют, если причина потери слуха известна.
- Н95.- Поражения уха и сосцевидного отростка после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг М4).
- И05.8 Другие болезни митрального клапана или болезнь сердца
- И05.9 Болезнь митрального клапана неуточненная  
*когда неуточненная причина с упоминанием о:*
- И34.- (Поражения митрального клапана неревматические), кодируют **И34.-**
- И08.- Множественные болезни клапанов  
Не используют для множественных уточненных болезней сердечных клапанов неревматического происхождения. Если множественные болезни клапанов неревматического происхождения записаны в одном и том же свидетельстве, первоначальная причина смерти должна быть выбрана при стандартном использовании правил выбора и модификации.
- И09.1 Ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен, *или*
- И09.9 Ревматическая болезнь сердца неуточненная  
*с упоминанием о:*
- И05–И08 (Хронические ревматические болезни сердца), кодируют **И05–И08**
- И10–И15 Гипертензивные болезни  
*когда записаны как причина:*
- И71.- (Аневризма и расслоение аорты), кодируют **И71.-**
- И10 Эссенциальная (первичная) гипертензия  
*с упоминанием о:*
- И11.- (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **И11.-**  
И12.- (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **И12.-**  
И13.- (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **И13.-**

- I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**  
 I50.- (Сердечная недостаточность), кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I11.0**  
 I51.4–I51.9 (Осложнения или неточно обозначенные описания болезни сердца), кроме случаев, когда уточнены как терминальные или острые, внезапные, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I11.-**  
 I60–I69 (Цереброваскулярные болезни), кодируют **I60–I69**

*когда записана как причина:*

- H35.0 (Фоновая ретинопатия и другие сосудистые изменения), кодируют **H35.0**  
 I05–I09 (Состояния, классифицированные в рубриках I05–I09, но не уточненные как ревматические), кодируют **I34–I38**  
 I34–I38 (Неревматические поражения клапанов сердца), кодируют **I34–I38**  
 N00–N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I12.-**  
 N18.- (Хроническая болезнь почек), кодируют **I12.-**  
 N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **I12.-**  
 N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **I12.-**

I11.- Гипертензивная болезнь сердца

*с упоминанием о:*

- I12.- (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **I13.-**  
 I13.- (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **I13.-**  
 I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**

*когда записана как причина:*

- N00–N07 (Гломерулярные болезни), кодируют **I13.-**  
 N18.- (Хроническая болезнь почек), кодируют **I13.-**  
 N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **I13.-**  
 N26 (Неуточненная сморщенная почка,), кодируют **I13.-**

I12.- Гипертензивная [гипертоническая] болезнь почек

*с упоминанием о:*

- I11.- (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I13.-**  
 I13.- (Гипертензивная болезнь сердца и почек), кодируют **I13.-**  
 I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**  
 I50.- (Сердечная недостаточность), кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I13.0**  
 I51.4–I51.9 (Осложнения или неточно обозначенные описания болезни сердца), кроме случаев, когда уточнены как терминальные или острые, внезапные, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), кодируют **I13.0**

- I13.- Гипертензивная болезнь сердца и почек  
*с упоминанием о:*  
I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**
- I15.0 Реноваскулярная гипертензия  
Не используют, если причина реноваскулярной гипертензии известна или может быть определена с помощью правил выбора. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.0**.
- I15.1 Вторичная гипертензия при других поражениях почек  
Не используют, если причина поражения почек известна или может быть определена с помощью правил выбора. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **N28.9**.
- I15.2 Вторичная гипертензия при эндокринных нарушениях  
Не используют, если причина эндокринных болезней известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **E34.9**.
- I15.8 Другая вторичная гипертензия  
Не используют, если причина вторичной гипертензии известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.8**.
- I15.9 Вторичная гипертензия неуточненная  
Не используют, если причина вторичной гипертензии известна или может быть определена с помощью шага SP6. Если причина неизвестна или не может быть определена, кодируют **I15.9**.
- I20.- Стенокардия [грудная жаба], *или*
- I24.- Другие острые ишемические болезни сердца, *или*
- I25.- Хроническая ишемическая болезнь сердца  
*с упоминанием о:*  
I21.- (Острый инфаркт миокарда), кодируют **I21.-**  
I22.- (Повторный инфаркт миокарда), кодируют **I21.-**
- I22.- Повторный инфаркт миокарда  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют **I21.-**
- I23.- Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют острый инфаркт миокарда (**I21.-**).
- I24.0 Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. В случае смерти предполагается возникновение инфаркта миокарда и присваивается код **I21.-**.

- I25.2 Старый инфаркт миокарда  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если причина не установлена, кодируют «Другие формы хронической ишемической болезни сердца (**I25.8**).
- I27.9 Легочно-сердечная недостаточность неуточненная  
*с упоминанием о:*  
M41.- (Сколиоз), кодируют **I27.1**
- I44.- Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса], *или*
- I45.- Другие нарушения проводимости, *или*
- I46.- Остановка сердца, *или*
- I47.- Пароксизмальная тахикардия, *или*
- I48.- Фибрилляция и трепетание предсердий, *или*
- I49.- Другие нарушения сердечного ритма, *или*
- I50.- Сердечная недостаточность, *или*
- I51.4–I51.9 Осложнения и неточно обозначенные описания болезни сердца  
*с упоминанием о:*  
B57.- (Болезнь Шагаса), кодируют **B57.-**  
I20–I25 (Ишемические болезни сердца), кодируют **I20–I25**
- I46.0 Остановка сердца с успешным восстановлением сердечной деятельности, *или*
- I46.9 Остановка сердца неуточненная  
Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая причина смерти, кодируют **R99**.
- I50.- Сердечная недостаточность, кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов), *или*
- I51.9 Болезнь сердца неуточненная, кроме случаев, когда уточнена как терминальная или острая, внезапная, или похожие формулировки короткой продолжительности (менее 24-х часов)  
*с упоминанием:*  
I10 (Эссенциальная (первичная) гипертензия), кодируют **I11.0**  
I11.- (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I11.0**  
I12.0 (Гипертензивная болезнь почек с почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**  
I12.9 (Гипертензивная болезнь почек без почечной недостаточности), кодируют **I13.0**

- I13.0 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью), кодируют **I13.0**
- I13.1 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**
- I13.2 (Гипертензивная болезнь сердца и почек с (застойной) сердечной и почечной недостаточностью), кодируют **I13.2**
- I13.9 (Гипертензивная болезнь сердца и почек неуточненная), кодируют **I13.0**
- M41.- (Сколиоз), кодируют **I27.1**
- I50.0 Сердечная недостаточность неуточненная, *или*
- I51.9 Болезнь сердца неуточненная
- с упоминанием о:*
- J81 (Отек легкого), кодируют **I50.1**
- I60–I69 Цереброваскулярные болезни
- когда записаны как причина:*
- F01–F03 (Деменция), кодируют **F01.-**
- I65.- Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга, *или*
- I66.- Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. В случае смерти предполагается возникновение инфаркта мозга и присваивается код **I63.-**.
- I67.2 Церебральный атеросклероз
- с упоминанием о:*
- I60–I66 (Субарохноидальное кровоизлияние, внутримозговое кровоизлияние, другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга), кодируют **I60–I64**
- когда записан как причина:*
- F03 (Деменция неуточненная), кодируют **F01.-**
- G20 (Болезнь Паркинсона), кодируют **G21.4**
- G21.9 (Вторичный паркинсонизм неуточненный), кодируют **G21.4**
- I69.- Последствия цереброваскулярной болезни
- с упоминанием о:*
- I60–I66 (Цереброваскулярное заболевание, не классифицированное в рубрике I69.-), кодируют **I60-I64**

I70.- Атеросклероз

*с упоминанием о:*

I10–I13	(Гипертензивная болезнь), кодируют <b>I10–I13</b>
I20–I25	(Ишемические болезни сердца), кодируют <b>I20–I25</b>
I50.-	(Сердечная недостаточность), кодируют <b>I50.-</b>
I51.4	(Миокардит неуточненный), кодируют <b>I51.4</b>
I51.5	(Дегенерация миокарда), кодируют <b>I51.5</b>
I51.6	(Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная), кодируют <b>I51.6</b>
I51.8	(Другие неточно обозначенные болезни сердца), кодируют <b>I51.8</b>
I60–I69	(Цереброваскулярные болезни), кодируют <b>I60–I69</b>

*когда записан как причина:*

I05–I09	(Состояния, классифицированные в рубриках I05–I09, но не уточненные как ревматические), кодируют <b>I34–I38</b>
I34–I38	(Неревматические поражения клапанов сердца), кодируют <b>I34–I38</b>
I42.0	(Дилатационная кардиомиопатия), <i>или</i>
I42.1	(Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия), <i>или</i>
I42.2	(Другая гипертрофическая кардиомиопатия), <i>или</i>
I42.8	(Другие кардиомиопатии), <i>или</i>
I42.9	(Кардиомиопатия неуточненная), кодируют <b>I25.5</b>
<i>Исключение:</i> если кардиомиопатия описана как врожденная, семейная, наследственная, идиопатическая, первичная или аналогичная, кодируют соответственно <b>I42.0–I42.2</b> или <b>I42.8–I42.9</b>	
I51.9	(Болезнь сердца неуточненная), кодируют <b>I25.1</b>
I71–I78	(Другие болезни артерий, артериол и капилляров), кодируют <b>I71–I78</b>
K55.-	(Сосудистые болезни кишечника), кодируют <b>K55.-</b>

I70.1 Атеросклероз почечной артерии

*когда записан как причина:*

N00–N07	(Гломерулярные болезни), кодируют <b>I12.-</b>
N18.-	(Хроническая болезнь почек), кодируют <b>I12.-</b>
N19	(Неуточненная почечная недостаточность), кодируют <b>I12.-</b>
N26	(Неуточненная сморщенная почка), кодируют <b>I12.-</b>

I70.9 Генерализованный и неуточненный атеросклероз

*с упоминанием о:*

R02	(Гангрена, не классифицированная в других рубриках), кодируют <b>I70.2</b>
-----	--

*когда записан как причина:*

F01.-	(Деменция сосудистая), кодируют <b>F01.-</b>
F03	(Деменция неуточненная), кодируют <b>F01.-</b>
G20	(Болезнь Паркинсона), кодируют <b>G21.4</b>
G21.9	(Вторичный паркинсонизм неуточненный), кодируют <b>G21.4</b>
N00–N07	(Гломерулярные болезни), кодируют <b>I12.-</b>



N18.- (Хроническая болезнь почек), кодируют **I12.-**  
N19 (Неуточненная почечная недостаточность), кодируют **I12.-**  
N26 (Неуточненная сморщенная почка), кодируют **I12.-**

I71.1 Аневризма грудного отдела аорты разорванная

*с упоминанием о:*

I71.3 (Аневризма брюшного отдела аорты разорванная), кодируют **I71.5**

I71.2 Аневризма грудного отдела аорты без упоминания о разрыве

*с упоминанием о:*

I71.4 (Аневризма брюшного отдела аорты без упоминания о разрыве), кодируют **I71.6**

I71.3 Аневризма брюшного отдела аорты разорванная

*с упоминанием о:*

I71.1 (Аневризма грудного отдела аорты разорванная), кодируют **I71.5**

I71.4 Аневризма брюшного отдела аорты без упоминания о разрыве

*с упоминанием о:*

I71.2 (Аневризма грудного отдела аорты без упоминания о разрыве), кодируют **I71.6**

I97.- Нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).

J00 Острый назофарингит [насморк], *или*

J06.- Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации

*с упоминанием о:*

R26.3 (Неподвижность), кодируют **J18.2**

*когда записаны как причина:*

G03.8 (Менингит), кодируют **G03.8**

G06.0 (Внутричерепной абсцесс и гранулема), кодируют **G06.0**

H65–H66 (Средний отит), кодируют **H65–H66**

H70.- (Мастоидит и родственные состояния), кодируют **H70.-**

J09–J18 (Грипп и пневмония), кодируют **J09–J18**

J20–J21 (Бронхит и бронхиолит), кодируют **J20–J21**

- J40–J42 (Неуточненный и хронический бронхит), кодируют **J40–J42**  
 J44.- (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),  
 кодируют **J44.-**  
 N00.- (Острый нефритический синдром), кодируют **N00.-**
- J18.- Пневмония, возбудитель не уточнен
- с упоминанием о:*
- R26.3 (Неподвижность), кодируют **J18.2**
- J20.- Острый бронхит
- с упоминанием о:*
- J41.- (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит), кодируют  
**J41.-**  
 J42 (Неуточненный хронический бронхит), кодируют **J42**  
 J44 (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),  
 кодируют **J44**
- J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический, *или*
- J41.- Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит, *или*
- J42 Неуточненный хронический бронхит
- с упоминанием о:*
- J43.- (Эмфизема), кодируют **J44.-**  
 J44.- (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь),  
 кодируют **J44.-**
- когда записан как причина:*
- J45.- (Астма), кодируют **J44.-**
- J43.- Эмфизема
- с упоминанием о:*
- J40 (Бронхит, не уточненный как острый или хронический),  
 кодируют **J44.-**  
 J41.- (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит), кодируют  
**J44.-**  
 J42 (Неуточненный хронический бронхит), кодируют **J44.-**
- J44.8–J44.9 Другая и неуточненная хроническая обструктивная легочная болезнь
- с упоминанием о:*
- J12–J18 (Пневмония), кодируют **J44.0**  
 J20–J22 (Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных  
 путей), кодируют **J44.0**

- J60–J64 Пневмокониоз
- с упоминанием о:*
- A15–A16 (Туберкулез органов дыхания), кодируют **J65**
- J81 Отек легкого
- с упоминанием о:*
- I50.9 (Сердечная недостаточность неуточненная), кодируют **I50.1**  
 I51.9 (Болезнь сердца неуточненная), кодируют **I50.1**
- J95.- Нарушения органов дыхания, возникшие после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
 Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).
- K71 Токсическое поражение печени
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.-**  
 K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.-**  
 T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.-**
- K72.- Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.4**  
 K70.0–K70.4 (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.0–K70.4**  
 K70.9 (Алкогольная болезнь печени неуточненная), кодируют **K70.4**  
 T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.4**
- K73.- Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.1**  
 K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.1**  
 T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.1**
- K74.0 Фиброз печени
- с упоминанием:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.2**  
 K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**  
 T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**

- K74.1 Склероз печени
- с упоминанием:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.2**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**
- K74.2 Фиброз печени в сочетании со склерозом печени
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.2**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.2**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.2**
- K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.3**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.3**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.3**
- K75.8 Другие уточненные воспалительные болезни печени, если уточнены как стеатогепатит
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.1**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.1**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.1**
- K75.9 Воспалительная болезнь печени неуточненная
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.1**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.1**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.1**
- K76.0 Жировой гепатоз, не классифицированный в других рубриках
- с упоминанием о:*
- F10.- (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.0**  
K70.- (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.0**  
T51.- (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.0**

- K76.9            Болезнь печени неуточненная
- с упоминанием о:*
- F10.-            (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K70.9**
- K70.-            (Алкогольная болезнь печени), кодируют **K70.9**
- T51.-            (Токсическое действие алкоголя), кодируют **K70.9**
- K85.9            Острый панкреатит неуточненный
- с упоминанием о:*
- F10.-            (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K85.2**
- K86.1            (Другой хронический панкреатит), кроме уточненного вследствие других причин, не связанных с алкоголем
- с упоминанием о:*
- F10.-            (Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя), кодируют **K86.0**
- K91.-            Нарушения пищеварительной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).
- L89.-            Декубитальная язва и область давления
- когда записана как исходная предшествующая причина:*
- L89.-            (Декубитальная язва и область давления), кодируют **L89.-** с четвертым знаком для указания более тяжелой стадии
- M41.-            Сколиоз
- с упоминанием о:*
- I27.9            (Легочно-сердечная недостаточность неуточненная), кодируют **I27.1**
- I50.-            (Сердечная недостаточность), кодируют **I27.1**
- I51.9            (Болезнь сердца неуточненная), кодируют **I27.1**
- M96.-            Нарушения костно-мышечной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).
- N00.-            Острый нефритический синдром
- когда записан как причина:*

- N03.- (Хронический нефритический синдром), кодируют **N03.-**
- N18.- Хроническая болезнь почек  
*когда записана как исходная предшествующая причина:*
- N18.- (Хроническая болезнь почки) более тяжелой стадии, кодируют **N18.-** с использованием четвертого знака для указания более тяжелой стадии
- N18.- Хроническая болезнь почек, *или*
- N19 Почечная недостаточность неуточненная, *или*
- N26 Сморщенная почка неуточненная  
*с упоминанием о:*
- I10 (Гипертензия эссенциальная (первичная)), кодируют **I12.-**  
 I11.- (Гипертензивная болезнь сердца), кодируют **I13.-**  
 I12.- (Гипертензивная болезнь почек), кодируют **I12.-**
- N46 Бесплодие мужское, *или*
- N97.- Бесплодие женское  
Не используют, если причина бесплодия известна.
- N99.- Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. раздел 4.2.9 «Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам» (шаг M4).
- O08.- Осложнения после аборта, эктопической и молярной беременности  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Используют рубрики **O00–O07**.
- O14.- Преэклампсия  
*с упоминанием о:*
- O15.- (Эклампсия), кодируют **O15.-**
- O30.- Многоплодная беременность  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти, если записано более точное осложнение.
- O32.- Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода  
*с упоминанием о:*
- O33.- (Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров плода и таза), кодируют **O33.-**

- O33.9.- Медицинская помощь матери при неуточненном несоответствии размеров плода и таза
- с упоминанием о:*
- O33.0–O33.3 (Медицинская помощь матери при несоответствии размеров плода и таза), кодируют **O33.0–O33.3**
- O64.- Осложненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода
- с упоминанием о:*
- O65.- (Осложненные роды вследствие аномалий таза у матери), кодируют **O65.-**
- O94 Последствия осложнений беременности, деторождения и послеродового периода  
Не используют для кодирования смертности. Если смерть явилась результатом осложнения беременности, деторождения и послеродового периода, кодируют «Смерть от последствий акушерских причин (**O97.-**)».
- P07.- Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках, *или*
- P08.- Расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела  
Не используют, если записана любая другая причина перинатальной смерти. Это правило не применяется, если записана единственная другая причина перинатальной смерти – дыхательная недостаточность у новорожденного (**P28.5**).
- P70.3–P72.0 Преходящие эндокринные и обменные нарушения, специфические для плода и новорожденного  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая перинатальная причина, кодируют «Состояние, возникающее в перинатальном периоде, неуточненное (**P96.9**)».
- P72.2–P74 Преходящие эндокринные и обменные нарушения, специфические для плода и новорожденного  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана никакая другая перинатальная причина, кодируют «Состояние, возникающее в перинатальном периоде, неуточненное (**P96.9**)».
- P95 Смерть плода по неуточненной причине  
Не используется для кодирования смертности живорожденных. В случае смерти плода, не используется для кодирования первоначальной причины, если записана любая другая причина смерти плода.
- Q44.6 Кистозная болезнь печени
- с упоминанием о:*
- Q61.1–Q61.3 (Поликистозная болезнь почек), кодируют **Q61.1–Q61.3**

- R57.2 Септический шок, *или*
- R65.0 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения без недостаточности функции органов, *или*
- R65.1 Синдром системного воспалительного ответа инфекционного происхождения с недостаточностью функции органов, *или*
- R65.9 Синдром системного воспалительного ответа неуточненный  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют как исходное инфекционное заболевание (**A00–B99**). Если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют «Сепсис неуточненный» (**A41.9**).
- R64 Кахексия
- с упоминанием о:*
- B20–B24 (Болезнь, вызванная ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B22.2** или **B22.7**
- R75 (Лабораторное подтверждение ВИЧ), кодируют соответственно кодами **B22.2** или **B22.7**
- R69.- Неизвестные или неуточненные причины заболеваемости  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Используют соответственно коды **R95–R99**.
- R75 Лабораторное подтверждение ВИЧ
- когда записано как причина:*
- A00–B99 (Некоторые инфекционные и паразитарные болезни), кодируют соответственно **B20.-** или **B22.7**
- S00–T98 Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти, кроме как в виде дополнительного кода к соответствующим рубрикам V01–Y89. Когда заболевание, связанное с нарушением плотности кости, записано как причина падения или перелома, перелом следует рассматривать как патологический, и кодировать **M80**. Также считают перелом патологическим, если он записан на той же строке, что и заболевание, связанное с нарушением плотности кости, но только если перелом и заболевание записаны рядом друг с другом.
- T00–T07 Травмы, захватывающие несколько областей тела  
Не используют для кодирования основной травмы, если доступна более точная информация о травмах. Кодируют каждую травму отдельно, и выбирают основную травму в соответствии с инструкциями в разделе 4.2.6 «Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин».
- T79.- Некоторые ранние осложнения травм, не классифицированные в других рубриках  
Не используют, если известна исходная травма.



- V01–X59 Несчастные случаи  
*с упоминанием о:*  
A35 (Другие формы столбняка), кодируют **A35**
- Y90–Y98 Дополнительные факторы, связанные с причинами заболеваемости и смертности, классифицированные в других рубриках  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти.
- Z00–Z99 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти.
- U82.0–U82.9 Устойчивость к бета-лактамам антибиотикам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.
- U83.0–U83.9 Устойчивость к другим антибиотикам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.
- U84.0 Устойчивость к противопаразитарным средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B89**.
- U84.1 Устойчивость к противогрибковым средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B49**.
- U84.2 Устойчивость к противовирусным средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B34.9**.
- U84.3 Устойчивость к противотуберкулезным средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **A16.9**.
- U84.7 Устойчивость к нескольким противомикробным средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.
- U84.8 Устойчивость к другому уточненному противомикробному средству  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **B99**.

- U84.9      Устойчивость к неуточненным противомикробным средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **V99**.
- U85      Устойчивость к противоопухолевым средствам  
Не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Кодируют исходное инфекционное заболевание. Если ни одно исходное инфекционное заболевание не упоминается, кодируют **C80.9**.

## **Общий перечень кодов, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти.**

*В дополнение к кодам, обозначенным звездочкой (см. раздел 3.1.3 «Двойное кодирование некоторых состояний»).*

### **Коды, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти (используют коды, указанные в скобках; если никакой код не указан, кодируют рубрикой R99)**

B95.0–B95.5	(кодируют A49.1)
B95.6–B95.8	(кодируют A49.0)
B96.0	(кодируют A49.3)
B96.1–B96.2	(кодируют A49.8)
B96.3	(кодируют A49.2)
B96.4–B96.8	(кодируют A49.8)
B97.0	(кодируют B34.0)
B97.1	(кодируют B34.1)
B97.2	(кодируют B34.2)
B97.3	(кодируют B33.3)
B97.4–B97.5	(кодируют B34.8)
B97.6	(кодируют B34.3)
B97.7	(кодируют B34.4)
B97.8	(кодируют B34.8)
B98.0–B98.1	(кодируют A49.8)
C77–C79	(кодируют C80.-)
C97	(кодируют C00–C76 или C81–C96)
E89.-	
F10.0	(кодируют X45, X65, X85 или Y15)
F11.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F12.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F13.0	(кодируют X41, X61, X85 или Y11)
F14.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F15.0	(кодируют X41, X61, X85 или Y11)
F16.0	(кодируют X42, X62, X85 или Y12)
F17.0	(кодируют X49, X69, X89 или Y19)
F18.0	(кодируют X46, X66, X89 или Y16)
F19.0	(кодируют X40–X49, X60–X69, X85–X90 или Y10–Y19)
G97.-	
H59.-	
H95.-	
I15.1	(кодируют N28.9, если неизвестно)
I15.2	(кодируют E34.9, если неизвестно)
I22.-	(кодируют I21.-)
I23.-	(кодируют I21.-)
I24.0	(кодируют I21.-)
I25.2	(кодируют I25.8)
I46.0	
I46.9	
I65.-	(кодируют I63)
I66.-	(кодируют I63)
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	
O08.-	(кодируют O00–O07)
O80–O84	(кодируют O75.9)
O94	(кодируют O97.-)
P70.3–P72.0	(кодируют P96.9)
P72.2–P74	(кодируют P96.9)
P95	(не используют для живорожденных, кодируют P96.9)
R57.2	(кодируют A41.9)
R65.0–R65.1	(кодируют A41.9)
R65.9	(кодируют A41.9)
R69.-	(кодируют R95–R99)

**Коды, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти (используют коды, указанные в скобках; если никакой код не указан, кодируют рубрикой R99)**

S00–T98 (кодируют V01–Y89)  
Y90–Y98  
Z00–Z99

**Коды, которые не используют для кодирования первоначальной причины смерти (кодируют исходное инфекционное заболевание; если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют кодом, указанным в скобках)**

U82.0-U82.9 (кодируют B99)  
U83.0-U83.9 (кодируют B99)  
U84.0 (кодируют B89)  
U84.1 (кодируют B49)  
U84.2 (кодируют B34.9)  
U84.3 (кодируют A16.9)  
U84.7 (кодируют B99)  
U84.8 (кодируют B99)  
U84.9 (кодируют B99)  
U85 (кодируют C80.9)

**Коды, которые не используют, если первоначальная причина известна**

F03–F09  
F17.- Не используют, если известно конечное состояние  
F70–F79  
F80.-  
F81.-  
G40.5  
G81.-  
G82.-  
G83.-  
H54.-  
H90–H91  
I15.0  
I15.1  
I15.2  
I15.8  
I15.9  
N46  
N97.-  
O30.-  
P07.-  
P08.-  
T79.-

#### 4.2.6 Специальные инструкции по основной травме в случаях смерти от внешних причин (шаг М4)

Если первоначальная причина, которую выбрали применением соответствующих правил выбора и модификации на шагах SP1–SP8 и M1–M3, является внешней причиной, кодируют эту внешнюю причину как первоначальную причину смерти. В дополнение к первоначальной причине смерти из XX класса «Внешние причины заболеваемости и смертности», также кодируют основную травму. Данное правило касается как травм тела, так и отравлений. Специальные инструкции по определению основного отравления при смертельных отравлениях – см. раздел 4.2.7.

Если более чем одна травма записаны в свидетельстве, применяют следующие инструкции:

(а) Когда записанные травмы включают поверхностные и незначительные травмы (такие, которые перечислены в Приложении 7.4 «Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти»), записанные в Части 1 или в Части 2 свидетельства, выбирают основную травму, как если бы поверхностные или незначительные травмы не были указаны.

*Пример 1:* 1(а) Ушиб плеча и перелом черепа  
(б)  
(в)  
(г) Падение со строительных лесов<sup>1</sup>  
2

Падение со строительных лесов является первоначальной причиной смерти. Кодировать первоначальную причину рубрикой W12 «Падение на строительных лесах и с них». Как основную травму кодируют перелом черепа (S02.9 «Перелом черепа и лицевых костей неуточненной части»). Игнорируют ушиб плеча (T11.0 «Поверхностная травма верхней конечности на неуточненном уровне»), так как это состояние указано в Приложении 7.4 «Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти».

(b) В случае если тяжелые (не поверхностные и не незначительные) травмы указаны как в Части 1, так и в Части 2, выбирают основную травму из Части 1. Это правило применимо даже в том случае, если травмы, записанные в Части 2, имеют более высокий ранг в соответствии с Приложением 7.7 «Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы», чем травмы, упомянутые в Части 1.

*Пример 2:* 1(а) Множественные внутригрудные травмы  
(б)  
(в)  
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом  
2 Травмы головного мозга

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют «Множественные травмы грудной клетки» (S29.7). Травма внутричерепная неуточненная (S06.9) имеет более высокий ранг в соответствии с Приложением 7.7, чем множественные травмы грудной клетки, но множественные травмы грудной клетки указаны в

<sup>1</sup> Внешние причины травм и отравлений в Российской Федерации записывают на строке (г) (прим. пер.).

Части 1, поэтому имеют преимущество перед травмами головного мозга, указанными в Части 2.

В случае если тяжелые травмы указаны только в Части 2, выбирают основную травму из Части 2.

(с) Если более чем одна тяжелая травма записаны в основной части свидетельства, выбирают основную травму в соответствии с Приложением 7.7 «Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы». При этом учитывают, что наиболее высокий приоритетный ранг – 1, наименее высокий – 6.

*Пример 3:* 1(а) Множественные внутригрудные травмы и травмы головного мозга  
(б)  
(в)  
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом  
2

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом, как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют травму головного мозга (S06.9 «Травма внутричерепная неуточненная»), которая имеет более высокий приоритетный ранг в перечне приоритетных рангов, чем множественные травмы грудной клетки (S29.7).

(d) Если более чем одна серьезная травма записаны в основной части свидетельства, и они имеют одинаковый или наиболее высокий ранг, выбирают первую упомянутую травму. Тем не менее, предпочтение отдают уточненной травме, чем травмам, указанным в блоке T00–T07 «Травмы, захватывающие несколько областей тела», если у них одинаковые ранги.

*Пример 4:* 1(а) Множественные травмы с разрывом аорты  
(б)  
(в)  
(г) Водитель автомобиля, столкновение с автобусом  
2

Кодируют водителя автомобиля, пострадавшего при столкновении с автобусом как первоначальную причину смерти (V44.5 «Водитель легкового автомобиля, пострадавший при столкновении с тяжелым грузовым автомобилем или автобусом, травма водителя в дорожном несчастном случае»). В качестве основной травмы кодируют разрыв аорты (S25.0 «Травма грудного отдела аорты»). Множественные травмы (T07) и разрыв аорты имеют одинаковый ранг, однако указанная уточненная травма имеет приоритет над травмами, указанными в блоке T00–T07 «Травмы, захватывающие несколько областей тела».

#### **4.2.7 Специальные инструкции по отравлениям лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (шаг М4)**

##### ***А. Первоначальная внешняя причина***

Если первоначальная причина, выбранная при выполнении шагов SP1–SP8 и M1–M3, – отравление, при этом в свидетельстве указано более одного лекарственного средства, и у

этих лекарственных средств различные коды внешних причин, выбирают первоначальную внешнюю причину по следующим правилам:

(а) Если одно из указанных в свидетельстве лекарственных средств уточнено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, кодируют внешнюю причину кодом этого лекарственного средства как первоначальную причину смерти.

*Пример 5:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Случайная передозировка героином  
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав передозировку героином в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил героин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление героином в качестве первоначальной внешней причины (X42 «Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках»).

*Пример 6:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Отравление амфетамином  
2 Токсические уровни героина и феназепама

Записав отравление амфетамином в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил амфетамин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление амфетамином в качестве первоначальной внешней причины (X41 «Случайное отравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»).

*Пример 7:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Отравление алкоголем  
2 Токсические уровни героина и феназепама

Записав отравление алкоголем в Части 1 свидетельства, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство, определил алкоголь как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление алкоголем в качестве первоначальной внешней причины (X45 «Случайное отравление и воздействие алкоголем»).

(б) Если ни одно из лекарственных средств не уточнено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, сначала необходимо получить дополнительную информацию от специалиста, заполнившего свидетельство. Если никаких пояснений получить не удастся, кодируют:

- комбинацию алкоголя с лекарственным средством – по лекарственному средству;

- другие случаи смерти от нескольких лекарственных средств – по соответствующей рубрике «Другие».

*Пример 8:* 1(a)  
(б)  
(в)  
(г) Токсические уровни героина и амфетамина  
2

Ни героин, ни амфетамин не определены в качестве наиболее важного вещества, повлекшего смерть. Кодируют «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (X44).

*Пример 9:* 1(a)  
(б)  
(в)  
(г) Случайное отравление алкоголем, героином и диазепамом  
2

Ни одно из веществ не определено в качестве наиболее важного вещества, повлекшего смерть. Отравление комбинациями алкоголя и лекарственных средств кодируется как отравление лекарственными средствами. Кодируют «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (X44). Продолжают определение наиболее важного лекарственного средства и кодируют его по характеру отравления.

## ***В. Основное отравление по характеру***

Если первоначальная причина – отравление, используют код по характеру отравления для отравления, указанный в классе XIX «Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин». Если записано только одно токсическое вещество, кодируют это основное вещество по характеру отравления. Если записано несколько токсических веществ, определяют наиболее важное из них и кодируют по характеру отравления. Для определения наиболее важного вещества следуют инструкциям, указанным ниже.

(а) Если одно токсическое вещество уточнено как причина смерти, кодируют это вещество.

*Пример 10:* 1(a)  
(б)  
(в)  
(г) Случайная передозировка героином  
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав в Части 1 свидетельства только передозировку героином, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил героин как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление героином в качестве первоначальной внешней причины смерти (X42 «Случайное отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированное в других рубриках»). По характеру отравления кодируют отравление героином (T40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).



- Пример 11:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Отравление алкоголем  
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав в Части 1 свидетельства только отравление алкоголем, а остальные вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил алкоголь как наиболее важное вещество, повлекшее смерть. Выбирают случайное отравление алкоголем в качестве первоначальной внешней причины смерти (X45 «Случайное отравление и воздействие алкоголем»). Кодировать отравление алкоголем по характеру отравления (T51.9 «Токсическое действие спирта неуточненного»).

(b) Если более одного токсического вещества указано как причина смерти, кодируют комбинации алкоголя и лекарственных средств по лекарственному средству.

- Пример 12:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Токсическое действие алкоголя и флуниотразепама  
2 Употребление диазепама и амитриптилина

Записав токсическое действие флуниотразепама и алкоголя в Части 1, а другие вещества как способствовавшие смерти причины – в Части 2, специалист, заполнявший свидетельство о смерти, определил флуниотразепам и алкоголь как наиболее важные вещества, повлекшие смерть. Из этих двух веществ выбирают отравление флуниотразепамом, поскольку при комбинации алкоголя и лекарственного средства кодируют лекарственное средство. Выбирают случайное отравление флуниотразепамом как первоначальную внешнюю причину смерти (X41 «Случайное отравление и воздействие противосудорожными, седативными, снотворными, противопаркинсоническими и психотропными средствами, не классифицированное в других рубриках»). Кодировать отравление флуниотразепамом по характеру отравления (T42.4 «Отравление противоэпилептическими, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами, бензодиазепинами»).

(c) Если нет соответствующей доступной комбинации в рубрике, выбирают код первоначальной причины смерти по характеру отравления и кодируют в следующем приоритетном порядке:

1. Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], опиоидами, другими синтетическими наркотиками, другими и неуточненными наркотиками (T40.0–T40.4, T40.6).

Смерти, вызванные несколькими опиоидами, классифицируемые более чем в одной из четырехзначных подрубрик T40.0–T40.4, T40.6, должны быть расставлены в следующем приоритетном порядке:

- 1a. Отравление героином (T40.1)
- 1b. Отравление метадонем (T40.3)
- 1c. Отравление опиумом (T40.0)
- 1d. Отравление другими опиоидами (T40.2)

- 1e. Отравление другими синтетическими наркотиками (Т40.4)
- 1f. Отравление другими и неуточненными наркотиками (Т40.6)
- 2. Отравление средствами для ингаляционного и внутривенного наркоза, анестезирующими средствами неуточненными (Т41.0–Т41.2, Т41.4), включая пропофол.
- 3. Отравление трициклическими и тетрациклическими антидепрессантами (Т43.0)
- 4. Отравление барбитуратами (Т42.3)
- 5. Отравление производными 4-аминофенола (Т39.1), включая АРАР, ацетаминофен, парацетамол
- 6. Отравление антипсихотическими средствами и нейролептиками (Т43.3–Т43.5), включая фенотиазин, бутирофенон, тиоксантен и другие и неуточненные антипсихотические и нейролептические средства
- 7. Отравление противоэпилептическими средствами, противопаркинсоническими средствами и неуточненными седативными средствами (Т42.0–Т42.2, Т42.5–Т42.8)
- 8. Отравление кокаином (Т40.5)
- 9. Отравление психостимулирующими препаратами с возможностью пристрастия к ним (Т43.6), включая амфетамины и дериваты
- 10. Отравление антидепрессантами – ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), антидепрессантами и другими неуточненными антидепрессантами (Т43.1, Т43.2), включая селективные ингибиторы серотонина (SSRIs), венлафаксин
- 11. Отравление бензодиазепинами (Т42.4)
- 12. Отравление лекарственными средствами и веществами, не перечисленными выше.

Если указано более одного лекарственного средства, и все они расположены в одной и той же приоритетной группе, кодируют первое упомянутое средство.

Необходимо учесть, что для отравлений выбранная первоначальная причина не всегда соответствует коду характера отравления. Так, например, первоначальная причина может быть выражена комбинацией токсических веществ, но код характера отравления определяется по наиболее важному веществу.

*Пример 13:* 1(a)  
 (б)  
 (в)  
 (г) Токсическое действие кокаина, героина диазепама и amitriptилина  
 2

Ни одно из этих веществ не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, также нет отдельного кода рубрики для комбинации этих веществ. Кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» как первоначальную внешнюю причину смерти.

По характеру отравления кодируют отравление героином. В перечне приоритетов, приведенном выше, кокаин (Т40.5) находится в группе 8, героин (Т40.1) – в группе 1А, диазепам (Т42.4) – в группе 11 и амитриптилин (Т43.0) – в группе 3. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

*Пример 14:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Передозировка героина, кокаина, диазепама и амитриптилина  
2

Ни одно из этих веществ не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, также нет отдельного кода рубрики для комбинации этих веществ. Кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» как первоначальную внешнюю причину смерти.

Далее кодируют отравление героином по характеру отравления. В перечне приоритетов, приведенном выше, кокаин (Т40.5) находится в группе 8, героин (Т40.1) – в группе 1А, диазепам (Т42.4) – в группе 11, амитриптилин (Т43.0) – в группе 10. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

*Пример 15:* 1(а)  
(б)  
(в)  
(г) Случайное отравление алкоголем, героином и диазепамом  
2

Отравления комбинацией алкоголя и лекарственных средств кодируют по лекарственному средству (см. инструкцию в разделе 4.2.7В, подразделе (b) выше). В случае, когда ни одно из лекарственных средств, указанных в свидетельстве в Части 1, не определено как наиболее важное вещество, повлекшее смерть, а также не имеется специального кода рубрики для этой комбинации лекарственных средств, первоначальную внешнюю причину смерти кодируют рубрикой Х44 «Случайное отравление и воздействие другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами».

Далее кодируют отравление героином по характеру отравления. В перечне приоритетов героин (Т40.1) находится в группе 1а, диазепам (Т42.4) – в группе 11. Выбирают героин как вещество с наиболее высоким рангом в перечне (Т40.1 «Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] – героином»).

#### **4.2.8 Специальные инструкции по материнской смертности (шаг М4)**

Если беременность, деторождение и послеродовой период упомянуты в любом месте свидетельства, в большинстве случаев первоначальная причина кодируется кодами XV класса «Беременность, деторождение и послеродовой период». Это делают или потому, что первоначальная причина, которую выбирают, применив шаги SP1-SP8 и M1-M4, относится

к XV классу в соответствии с Алфавитным указателем, или потому, что в XV классе есть специальный код для состояния, если оно возникает во время беременности, деторождения и в послеродовом периоде.

Используют следующие инструкции, чтобы определить, должно ли быть отнесено к XV классу состояние, классифицируемое в других разделах МКБ.

Необходимо обратить внимание, что эти инструкции не применяются к состояниям, классифицированным в XV классе в Алфавитном указателе.

- Если беременность, деторождение и послеродовой период указаны в любой части свидетельства, но нет четких указаний на то, что беременность, деторождение или послеродовой период способствовали смерти, сначала необходимо запросить у специалиста, заполнившего свидетельство, дополнительную информацию:
  - если специалист настаивает, что смерть была осложнением беременности, деторождения или послеродового периода, кодируют первоначальную причину в соответствии с XV классом «Беременность, деторождение и послеродовой период»;
  - если специалист настаивает, что смерть не была вызвана осложнением беременности, деторождения или послеродового периода, не кодируют первоначальную причину кодами XV класса «Беременность, деторождение и послеродовой период»;
  - если невозможно получить дополнительную информацию, но беременность, деторождение или послеродовой период указаны в Части 1 или 2 свидетельства, кодируют первоначальную причину в соответствии с XV классом «Беременность, деторождение и послеродовой период».
- Если выбранная первоначальная причина относится к рубрикам O98–O99 («Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие течение беременности, деторождения и послеродового периода» и «Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие течение беременности, деторождения и послеродового периода»), добавляют дополнительный код из классов I–XVI, как множественную причину смерти. Это очень важно, поскольку в противном случае ключевая информация о смерти получена не будет.
- Учитывают, что некоторые состояния не кодируются кодами XV класса, даже если они развились во время беременности, деторождения или в послеродовом периоде, см. также «Исключения» в начале XV класса.

*Пример 1:* 1(a) Эмболия амниотической жидкостью  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Первоначальная причина – «Эмболия амниотической жидкостью», классифицируется в XV классе (O88.1).

*Пример 2:* 1(a) Отек легкого  
(б) Митральная регургитация, беременность  
(в)  
(г)  
2

Первоначальная причина – митральная регургитация – кодируется в XV классе, так как беременность указана в Части 1 свидетельства. Кодировать первоначальную причину подрубрикой «Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (O99.4). Для большего уточнения также добавляют код недостаточности митрального клапана (I34.0) к записи.

*Пример 3:* 1(а) Кровотечение  
(б) Рак шейки матки  
(в)  
(г)  
2 Лечение отложено из-за беременности

Первоначальная причина – рак шейки матки, кодируется в XV классе, поскольку беременность указана в Части 2 свидетельства. Кодировать первоначальную причину подрубрикой «Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (O99.8). Для большего уточнения также добавляют код рака шейки матки (C53.9) к записи.

*Пример 4:* 1(а) Печеночная недостаточность  
(б) Геморрагическая лихорадка Денге 5 дней  
(в)  
(г)  
2 Дополнительная информация: 40 дней после родов

Кодируют первоначальную причину подрубрикой «Другие вирусные болезни, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (O98.5). Для большего уточнения также добавляют код лихорадки Денге (A97) к записи.

#### **4.2.9 Специальные инструкции по хирургическим и другим медицинским процедурам (шаг М4)**

##### ***А. Причина хирургического вмешательства или процедуры определена***

Если предварительной отправной точкой, которая была установлена применением шагов SP1–SP7 и M1–M4, оказалось хирургическое вмешательство или другая медицинская процедура, при этом в свидетельстве указана причина, по которой было выполнено это хирургическое вмешательство или процедура, то выбирают эту причину как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано.

##### ***В. Причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, записано осложнение***

Если причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, но при этом записано осложнение, поступают, как описано ниже:

- в первую очередь проверяют, нет ли в Алфавитном указателе по умолчанию кода для причины хирургического вмешательства или процедуры. Если есть, то это и будет новая отправная точка. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, определяют, не указывает ли вид хирургического

вмешательства или процедуры на уточненный орган или локализацию. Если такие указания есть, используют код остаточной рубрики для оперированного органа или локализации как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;

- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, а тип хирургического вмешательства или процедуры не указывает на конкретный орган или локализацию, проверяют, нет ли в свидетельстве упоминания о несчастном случае во время этих процедур. Если такое упоминание имеется, используют соответствующие коды O74, O75.4 или Y60–Y69 как первоначальную причину смерти;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию, вид хирургического вмешательства или процедуры не указывает на орган или локализацию, и в свидетельстве нет упоминания о несчастном случае во время процедуры, используют соответствующие коды O74, O75.4 или Y83–Y84 как первоначальную причину смерти.

**C. Причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, осложнение не записано**

Если причина хирургического вмешательства или процедуры не определена, и не записано осложнение, поступают, как описано ниже:

- в первую очередь проверяют, нет ли в Алфавитном указателе кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры. Если такой код есть, то он и будет новой отправной точкой. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию для причины хирургического вмешательства или процедуры, определяют, не указывает ли вид хирургического вмешательства или процедуры на уточненный орган или локализацию. Если такие указания есть, то используют код остаточной рубрики для органа или локализации как новую отправную точку. Затем применяют инструкции на шагах SP7 и M1–M4, как уже было описано;
- если в Алфавитном указателе нет кода по умолчанию, и вид хирургического вмешательства или процедуры не указывает на орган или локализацию, кодируют рубрикой R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти».

*Пример 1*

1(а)	Легочная эмболия
(б)	Аппендэктомия
(в)	
(г)	
2	

Свидетельство не уточняет причину оперативного вмешательства, но термин аппендэктомия указывает на червеобразный отросток, как оперированный орган. Кодируют K38.9 «Болезнь червеобразного отростка неуточненная» как первоначальную причину смерти.

*Пример 2:*

1(а)	Случайный прокол аорты
(б)	Лапаротомия
(в)	
(г)	
2	

Свидетельство не уточняет причину хирургического вмешательства, а термин «лапаротомия» не определяет уточненный орган. Однако имеется

упоминание о несчастном случае во время хирургического вмешательства. Кодируют несчастный случай – случайный прокол аорты во время лапаротомии как первоначальную причину смерти (Y60.0 «Случайный порез, прокол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической и терапевтической процедуры при проведении хирургической операции»).

- Пример 3:* 1(a) Послеоперационное кровотечение  
(б) Кесарево сечение  
(в) Затяжные роды  
(г)  
2

Свидетельство указывает на причину проведенного хирургического вмешательства. Кодируют в качестве первоначальной причины смерти эту причину хирургического вмешательства (O63.9 «Затяжные роды неуточненные»).

- Пример 4:* 1(a) Лапаротомия  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Свидетельство не уточняет, почему было проведено хирургическое вмешательство, и термин «лапаротомия» не указывает на уточненный орган. Также не упоминается об осложнении. Кодируют рубрикой R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» в качестве первоначальной причины смерти.

***D. Медицинские устройства, с которыми связаны несчастные случаи в результате воздействия внешних причин***

Если смерть вызвана происшествием с медицинским устройством вследствие воздействия внешней причины, а не связана с какой-либо поломкой или неисправностью самого устройства, кодируют внешнюю причину как первоначальную причину смерти.

- Пример 5:* 1 (a) Ингаляционная пневмония  
(б) Кровотечение из трахеи  
(в) Падение с кровати, будучи присоединенным к аппарату ИВЛ  
(г)  
2 Использование ИВЛ после трансплантации печени

Отсутствует упоминание о поломке или неисправности аппарата ИВЛ или интубационной трубки. Кодируют «Падение, связанное с кроватью» (W06) – несчастный случай, вызвавший кровотечение, – как первоначальную причину смерти.

- Пример 6:* 1(a) Отек легкого  
(б) Остановка насоса внутриаортального баллона  
(в) Отключение электроэнергии в результате урагана  
(г) Недавний инфаркт миокарда с митральной недостаточностью  
2

Насос прекратил свою работу, но не в результате неисправности или поломки, а из-за отключения электроэнергии. Кодируют причину отключения

электроэнергии – разрушительный шторм – как первоначальную причину смерти (X37 «Жертва разрушительного шторма»).

Если внешняя причина происшествия недостаточно четко классифицирована, кодируют «Воздействие неуточненного фактора, вызвавшего другую и неуточненную травму» (X59.9).

- Пример 7:*
- 1(а) Сердечная и дыхательная недостаточность
  - (б) Прекращение приема инотропных препаратов
  - (в) Случайное смещение подключичной линии
  - (г)
  - 2 Хирургическое вмешательство по причине острого разрыва желчного пузыря

Здесь нет упоминания о неисправности или поломке оборудования. Поскольку происшествие, в результате которого была смещена подключичная линия, не описано, кодируют X59.9 «Воздействие неуточненного фактора, вызвавшего другую и неуточненную травму».

### **4.3. Инструкции по кодированию смертности: множественные причины**

#### **4.3.1 Введение**

Кодирование множественных причин позволяет проводить углубленный анализ причин смерти, например, если речь идет о тяжелых, но устранимых осложнениях некоторых первоначальных причин, а также о влиянии сопутствующих патологических состояний на исход болезни. Поэтому при кодировании смертности следует регистрировать как первоначальную причину, так и множественные причины. Кроме того, полноценное кодирование множественных причин смерти имеет очень большое значение для правильного применения инструкций МКБ по выбору и модификации первоначальной причины смерти (см. раздел 4.2).

При кодировании множественных причин смерти должны быть учтены все возможные детали, поскольку записи, содержащие описание множественных причин смерти, позволяют проводить более тщательный анализ по сравнению с записями, содержащими только состояния, указанные в свидетельстве. В частности:

- положение отдельных кодов в документации должно отражать, где именно в свидетельстве о смерти соответствующие диагностические формулировки были записаны специалистом-кодировщиком, поскольку в одном случае может проводиться анализ непосредственной причины смерти, а в другом – состояний, записанных в Части 2;
- коды обычных состояний и состояний, оцененных как симптоматические проявления или недостаточно информативные, не должны удаляться, поскольку могут представлять особый интерес при анализе устранимых осложнений или служить маркерами для оценки тяжести других состояний, указанных в свидетельстве;
- множественные причины смерти должны сохраняться в двух форматах: один формат должен максимально четко показывать, какой именно термин использовал специалист, заполнявший свидетельство, и в какое место он его записал; другой формат должен учитывать установленную или подразумеваемую взаимосвязь между записанными состояниями и содержать коды, согласованные в соответствии с инструкциями в томах МКБ.



### 4.3.2 Неопределенный диагноз

Игнорируйте выражения, показывающие сомнения в правильности поставленного диагноза, такие как «видимо», «предварительно», «возможно», «вероятно». Предварительный диагноз, хотя и неопределенный, гораздо лучше для статистики смертности, чем его отсутствие.

### 4.3.3 Либо ... либо

Специалист, заполнявший свидетельство, может указать альтернативные диагнозы, «или диагноз А, или диагноз В». В этих случаях поступают следующим образом.

#### ***A. Одно состояние, либо одна, либо другая локализация***

(а) Если локализации относятся к одной анатомической системе, используют код остаточной рубрики для группы органов или анатомической системы, в которой классифицируются указанные локализации.

*Пример 1:* 1(а) Рак почки или мочевого пузыря  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Злокачественное новообразование органов мочевого выделения, неуточненное» (С68.9).

(б) Если указанные локализации относятся к разным анатомическим системам, или не существует остаточной рубрики для группы органов или анатомической системы, используют код остаточной рубрики для уточненного состояния или болезни.

*Пример 2:* 1(а) Рак надпочечника или почки  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации» (С80.9), поскольку надпочечники и почки относятся к разным анатомическим системам.

#### ***B. Одна локализация или анатомическая система, либо одно, либо другое состояние***

(а) Если указанные состояния классифицируются в разных четырехзначных подрубриках одной и той же трехзначной рубрики, состояние кодируют четырехзначной подрубрикой как «неуточненное».

*Пример 3:* 1(а) Атеросклеротическая болезнь сердца или  
аневризма коронарной артерии  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная» (I25.9)

(b) Если указанные состояния классифицируются в разных трехзначных рубриках, но в МКБ-10 предусмотрена остаточная рубрика для болезни в целом, кодируют остаточной рубрикой.

*Пример 4:* 1(a) Инфаркт миокарда и аневризма коронарной артерии  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют остаточной рубрикой как «Ишемическая болезнь сердца» (I25.9).

(c) Если указанные состояния классифицируются в разных трехзначных рубриках, и при этом не существует остаточной рубрики для болезни в целом, кодируют остаточной рубрикой, относящейся к анатомической локализации или системе.

*Пример 5:* 1(a) Туберкулез или рак легкого  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Другие поражения легкого» (J98.4). Оба состояния затрагивают легкие.

*Пример 6:* 1(a) Инсульт или сердечный приступ  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения» (I99). Оба состояния связаны с системой кровообращения.

### ***C. Либо одно состояние, либо другое, разные анатомические системы***

В случае если разные патологические состояния в разных анатомических системах указаны как «или ... или», кодируют подрубрикой «Другие уточненные общие симптомы и признаки» (R68.8).

*Пример 7:* 1(a) Колика желчного пузыря или коронарный тромбоз  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Другие уточненные общие симптомы и признаки» (R68.8).

### ***D. Либо болезнь, либо травма***

Когда указывается, что смерть произошла либо в результате болезни, либо в результате травмы, кодируют как «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99).

*Пример 8:* 1(а) Коронарный тромбоз или боевое ранение  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99).

#### 4.3.4 Влияние связующих терминов

Когда специалист, заполняющий свидетельство, использует связующие термины, коды должны быть упорядочены таким образом, чтобы отразить намерения этого специалиста.

Существует два типа связующих терминов: подразумевающие причинную взаимосвязь и не подразумевающие причинную взаимосвязь между записанными причинами смерти.

##### *A. Связующие термины, подразумевающие причинную взаимосвязь*

Причинная взаимосвязь может быть выражена двумя способами: с помощью термина «вследствие» или аналогичных терминов, обозначающих или подразумевающих наличие взаимосвязи, или с помощью термина «приведший (ая, ее) к» или аналогичных терминов, также обозначающих или подразумевающих наличие взаимосвязи.

(а) Взаимосвязь, обозначенная или подразумеваемая термином «вследствие» или другими аналогичными терминами

Когда в свидетельстве одна причина записана со связующим термином, подразумевающим, что она стала следствием другой причины, код первой причины указывают на той строке, где она записана, а код другой причины – на строке ниже. Любые причины, записанные на оставшихся строках Части 1 свидетельства, кодируют на последующих нижних строках.

*Пример 1:*

1(а)	Сердечная недостаточность вследствие ишемической болезни сердца	I50.9
(б)	Диабет	I25.9
(в)		E14.9
(г)		

2

Сердечная недостаточность записана в качестве первой причины на строке (а), поэтому ее кодируют на строке (а). В свидетельстве указано, что она развилась вследствие ишемической болезни сердца, поэтому ишемическую болезнь кодируют на строке (б). Диабет, записанный на строке (б), перемещают на строку (в).

*Пример 2:*

1(а)	Сердечная недостаточность вследствие гепатоцеллюлярной карциномы	I50.9
(б)	Ишемическая болезнь сердца	C22.0
(в)	Диабет	I25.9
(г)		E14.9

2

Сердечная недостаточность записана в качестве первой причины на строке (а), поэтому ее кодируют на строке (а). В свидетельстве указано, что она развилась вследствие гепатоцеллюлярной карциномы, поэтому карциному

кодируют на строке (б). Ишемическую болезнь сердца, записанную на строке (б), перемещают на строку (в). Также диабет, записанный на строке (в), перемещают на строку (г).

Эти правила применимы и к другим связующим терминам или признакам, которые указывают на взаимосвязь, обозначенную термином «вследствие», таким как «вызвано», «из-за» или аналогичным.

(b) Взаимосвязь, обозначенная или подразумеваемая термином «приведший (ая, ее) к» или другими аналогичными терминами

Когда в свидетельстве одна причина записана со связующим термином, подразумевающим, что она привела к другой причине, код причины, следующей за связующим термином, указывают на той строке, где она записана, а код причины, предшествующей связующему термину – на строке ниже. Любые причины, записанные на оставшихся строках Части 1 свидетельства, кодируют на последующих нижних строках.

*Пример 3:*

1(а)	Ишемическая болезнь сердца, приведшая к сердечной недостаточности	I50.9
(б)	Диабет	I25.9
(в)		E14.9
(г)		

2

Сердечную недостаточность, которая следует за связующим термином «приведшая к», кодируют на строке (а). Ишемическую болезнь сердца, которая записана перед связующим термином, кодируют на строке (б). Диабет, записанный на строке (б), перемещают на одну строку ниже и кодируют на строке (в).

*Пример 4:*

1(а)	Гепатоцеллюлярная карцинома, вызвавшая сердечную недостаточность	I50.9
(б)	Ишемическая болезнь сердца	C22.0
(в)	Диабет	I25.9
(г)		E14.9

2

Сердечную недостаточность, записанную после связующего термина «вызвавшая», кодируют на строке (а). Гепатоцеллюлярную карциному, стоящую перед связующим термином, кодируют на строке (б). Ишемическую болезнь сердца, ранее записанную на строке (б), перемещают на строку (в), а диабет, ранее записанный на строке (в), – на строку (г).

Эти правила применимы и к другим связующим терминам или признакам, которые указывают на взаимосвязь, обозначенную термином «приведший (ая, ее) к», например, таким как «вызывающий», «ведущий к», «развивающийся в» или аналогичным.

### ***В. Связующие термины, не подразумевающие причинную взаимосвязь***

(а) Взаимосвязь, обозначенная или подразумеваемая союзом «и» или другими аналогичными терминами, стоящими в начале или в конце строки

Использование союза «и» не подразумевает наличия причинной взаимосвязи, но указывает на то, что состояния, стоящие до и после «и», просто перечисляются. Поэтому, если строка заканчивается союзом «и», а в строке ниже записана какая-либо причина или причины, указывают коды этих причин на верхней строке, чтобы кодирование отражало перечисление состояний, подразумеваемое связующим термином.

Аналогичным образом, если строка начинается с «и», это рассматривают как продолжение перечисления состояний, начинающегося на строке выше, и указывают коды этих состояний на верхней строке. Любые причины, записанные на оставшихся строках Части 1 свидетельства, кодируют на этих же строках.

Это относится и к другим связующим терминам или признакам, которые указывают на перечисление состояний, но не подразумевают наличие причинной взаимосвязи, например, таким как «также», «плюс», «кроме того», «в дополнение», а также знак «+» или запятая.

*Пример 5:*

1(а)	Сердечная недостаточность и	I50.9 I25.9
(б)	Ишемическая болезнь сердца	
(в)	Диабет	E14.9
(г)		
2		

Строка 1(а) заканчивается союзом «и», поэтому рассматривают «ишемическую болезнь сердца», записанную на строке (б), как часть перечня «сердечная недостаточность и ишемическая болезнь сердца». Кодировать соответственно и помещают коды для сердечной недостаточности и ишемической болезни сердца на строку 1(а). Диабет кодируют там, где он записан, – на строке (в).

*Пример 6:*

1(а)	Сердечная недостаточность	I50.9
(б)	Ишемическая болезнь сердца	I25.9 E14.9
(в)	и диабет	
(г)		
2		

Строка (в) начинается с союза «и». Диабет, записанный на строке (в), рассматривают как часть перечня «ишемическая болезнь сердца и диабет». Кодировать соответственно и помещают коды для ишемической болезни сердца и диабета на строку 1(б).

(b) Взаимосвязь, обозначенная или подразумеваемая союзом «и» или другими аналогичными терминами, не стоящими в начале или в конце строки

Если союз «и», не подразумевающий причинную взаимосвязь между состояниями, стоит в строке, но не в ее начале или в конце, его рассматривают как запятую. Текст не изменяют, и не переносят какую-либо часть указанных причин на другую строку.

### ***С. Диагностические термины, которые не ограничиваются одной строкой***

Если в Части 1 диагностический термин начинается на одной строке и затем переходит на следующую строку, кодируют так, как если бы весь диагностический термин был записан на той строке, где он начался. Любые причины, записанные на оставшихся строках Части 1 свидетельства, кодируют на этих же строках.

<i>Пример 7:</i>	1(а)	Ишемическая	I25.9
	(б)	Болезнь сердца	
	(в)	Сахарный диабет 2 типа	E11.9
	(г)		
	2		

«Ишемическая болезнь сердца» является диагностическим термином, записанным на двух строках. Кодировать так, как если бы весь термин был записан на строке (а). Диабет кодируют там, где он записан, – на строке (в).

<i>Пример 8:</i>	1(а)	Пневмония	J18.9
	(б)	Хроническая болезнь	N18.9 E11.9
	(в)	почек, сахарный диабет 2 типа	
	(г)		
	2		

«Хроническая болезнь почек» является диагностическим термином, записанным на двух строках. В этом случае изменяют формат свидетельства и кодируют весь термин «хроническая болезнь почек» на строке (б). Диабет также кодируют на строке (б), поскольку он продолжает строку, где было написано «хроническая болезнь».

#### 4.3.5 Злокачественные новообразования

Для правильного кодирования множественных причин смерти, связанной с новообразованием, необходимо в первую очередь определить характер (злокачественный, *in situ*, доброкачественный, неопределенный или неизвестный) каждого новообразования, указанного в свидетельстве о смерти. Для злокачественных новообразований необходимо также определить, следует ли их кодировать как первичные или вторичные. С этой целью применяют инструкции, приведенные в разделах 4.3.5А и 4.3.5В, которые следуют ниже.

В примерах этого раздела коды МКБ приводятся в правой части свидетельства о смерти. Эти коды представляют собой коды множественных причин, присвоенные каждой записи. Эти коды множественных причин могут отличаться от кода, присвоенного, когда данная диагностическая запись была указана в свидетельстве только одна (прямое кодирование). В этом случае код для прямого кодирования указывается в квадратных скобках «[ ]» рядом с диагностической формулировкой. В пояснении для каждого примера говорится о том, что коды в скобках будут модифицированы другой информацией в свидетельстве (применение кодирования множественных причин) и заменены кодом множественной причины, указанным справа.

##### ***А. Характер новообразования: злокачественный, *in situ*, доброкачественный или неизвестный/неопределенный***

Новообразования могут носить четыре характера:

- злокачественный: новообразование проникает в окружающие ткани или распространяется из места своего возникновения в другие локализации и начинает там расти;
- *in situ*: новообразование является злокачественным, но не выходит за пределы ткани, в которой возникло;
- доброкачественный: новообразование растет в месте своего возникновения без способности к распространению;
- неопределенный или неизвестный характер: не определено или неизвестно, является ли новообразование злокачественным или доброкачественным.

Соответствующие блоки кодов МКБ:

- C00–C96 – злокачественные новообразования
- D00–D09 – новообразования in situ
- D10–D36 – доброкачественные новообразования
- D37–D48 – новообразования неопределенного или неизвестного характера

Определить, какой блок кодов нужно использовать, можно следующим образом:

(а) Термин сам указывает на характер новообразования

Найдите в Алфавитном указателе термин, использованный в свидетельстве для описания новообразования. Если указаны и морфология, и локализация новообразования, в первую очередь оценивают морфологические признаки. Для конкретных морфологий Алфавитный указатель дает либо код МКБ, либо направляет в соответствующую часть своего перечня «Новообразования». Если морфологические признаки не указаны, сразу переходят к перечню «Новообразования» Алфавитного указателя и кодируют в соответствии с локализацией и характером новообразования.

(b) Другая информация в свидетельстве о смерти, указывающая на характер новообразования

Если термин в свидетельстве не указывает на конкретный характер новообразования, ищите другую информацию, которая может его указать.

Новообразования неуточненного характера, новообразования, описанные как «in situ», а также новообразования, не классифицируемые во II классе (например, некоторые виды полипов), кодируют как злокачественные, если

- новообразование записано как причина вторичного новообразования (присутствуют такие термины, как инфильтрация, метастазы, вторичные и т. п.) или кахексии;
- новообразование записано на той же строке, что и вторичное новообразование, и рядом с ним;
- все другие новообразования уточнены как вторичные;
- нет указаний о другой локализации новообразования, но есть другие признаки злокачественности, записанные в любом месте свидетельства (например, карциноз, злокачественная кахексия, злокачественная трансформация);
- новообразование записано как следствие злокачественного новообразования. Чтобы решить, является ли оно первичным или вторичным, следует обратиться к инструкции в разделе 4.3.5В «Злокачественные новообразования: первичные или вторичные?».

*Пример 1а:*

1(а)	Метастазы в печени	C78.7
(б)	Опухоль ободочной кишки [D37.4]	C18.9
(в)		
(г)		

2

Опухоль ободочной кишки записана как причина метастазов в печени, поэтому она считается злокачественной. Кодируют опухоль ободочной кишки как первичный рак (C18.9).

<i>Пример 1b:</i>	1(а)	Кахексия [R64]	C80.9
	(б)	Опухоль ободочной кишки [D37.4]	C18.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Опухоль ободочной кишки записана как причина кахексии. Считают опухоль ободочной кишки злокачественной, и кодируют ее как первичную (C18.9).

<i>Пример 1c:</i>	1(а)	Метастазы в печени и в легком	C78.7, C78.0
	(б)	Дыхательная недостаточность	J96.9
	(в)	Опухоль ободочной кишки [D37.4]	C18.9
	(г)		
	2		

И метастазы, и дыхательная недостаточность могут быть вызваны опухолью ободочной кишки. В соответствии с инструкциями по интерпретации причинных взаимосвязей в Части 1 (см. раздел 4.2.1, SP3) это означает, что в данном свидетельстве указаны две достоверные причинные взаимосвязи: 1) метастазы в печени и в легком вследствие опухоли ободочной кишки, и 2) дыхательная недостаточность вследствие опухоли ободочной кишки. Эти взаимосвязи достоверны, даже если метастазы в печень и в легкое не могут быть вызваны дыхательной недостаточностью. Считают опухоль ободочной кишки злокачественной, и кодируют ее как первичный рак (C18.9).

<i>Пример 1d:</i>	1(а)	Опухоль ободочной кишки [D37.4] с метастазами в печень	C18.9, C78.7
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2		

Опухоль ободочной кишки записана на той же строке, что и метастазы в печень, и считается злокачественной. Кодируют опухоль ободочной кишки как первичную (C18.9).

<i>Пример 1e:</i>	1(а)	Опухоль молочной железы, генерализованный атеросклероз, рак ободочной кишки с метастазами в печень	D48.6, I70.9, C18.9, C78.7
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2		

Опухоль молочной железы не записана в свидетельстве после метастазов. Ее не считают злокачественной, и кодируют подрубрикой D48.6 «Новообразование молочной железы неопределенного или неизвестного характера».

<i>Пример 1f:</i>	1(а)	Дыхательная недостаточность	J96.9
	(б)	Опухоль ободочной кишки [D37.4]	C18.9
	(в)		
	(г)		
	2	Метастазы в печени и в легком	C78.0, C78.7



Все новообразования, кроме опухоли ободочной кишки, уточнены как вторичные. Считают опухоль ободочной кишки злокачественной, и кодируют ее как первичный рак (C18.9).

<i>Пример 1g:</i>	1(а)	Опухоль ободочной кишки [D37.4]	C18.9
	(б)		
	(в)		
	(г)		
2		Раковая кахексия	C80.9

Опухоль ободочной кишки – единственное новообразование, указанное в свидетельстве, и раковая кахексия записана в Части 2. Считают опухоль ободочной кишки злокачественной, и кодируют ее как первичную (C18.9).

<i>Пример 1h:</i>	1(а)	Опухоль головного мозга [D43.2]	C79.3
	(б)	Рак молочной железы	C50.9
	(в)		
	(г)		
2			

Для кодирования множественных причин считают опухоль головного мозга злокачественной, и кодируют ее подрубрикой C79.3 «Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек». Первоначальная причина смерти – рак молочной железы (C50.9).

Если опухоль классифицируется во II классе как доброкачественное новообразование, но указана как причина метастазов или инфильтрации, проверяют в Алфавитном указателе и в томе 1, есть ли код для ее злокачественной разновидности. Если да, кодируют опухоль как злокачественную. Если код для злокачественной разновидности отсутствует, сначала пытаются получить разъяснения от специалиста, заполнявшего свидетельство. Если дополнительную информации получить не удастся, соглашаются с записью в свидетельстве и кодируют новообразование как доброкачественную опухоль.

Если признаков злокачественности нет, кодируют как новообразование неопределенного или неизвестного характера (D37–D48).

### ***В. Злокачественные новообразования: первичные или вторичные?***

Если новообразование кодируется рубриками C00–C96, следующим этапом будет решение о том, является ли оно первичным или вторичным.

Первичная локализация – это та анатомическая локализация, где злокачественное новообразование возникло. Оно может распространяться в другие части тела, и в этом случае эти локализации указываются как вторичные новообразования или метастазы. Крайне важно определить место первичной локализации. Когда записи в свидетельстве о смерти не позволяют это сделать, следует приложить все усилия для получения разъяснений от специалиста, заполнявшего свидетельство. Нижеследующие инструкции следует применять только в тех случаях, когда невозможно получить разъяснение.

Для первичных злокачественных новообразований в МКБ предусмотрены следующие коды:

C00–C75	Злокачественные новообразования уточненных локализаций, обозначенные как первичные или предположительно первичные, кроме новообразований лимфоидной, кровяной и родственных им тканей.
---------	--

C76	Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных локализаций
C80	Злокачественное новообразование без уточнения локализации
C81–C96	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, обозначенные как первичные или предположительно первичные

Для вторичных злокачественных новообразований в МКБ предусмотрены следующие коды:

C77–C79	Вторичные и неуточненные злокачественные новообразования, обозначенные или предполагаемые как метастатические из других локализаций
---------	---

Для злокачественных новообразований неуточненной локализации, не обозначенных или предполагаемых как первичные или вторичные, в МКБ предусмотрен код C80.9 «Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации».

Иногда злокачественные новообразования описывают как «метастатические», что может относиться либо к первичному злокачественному новообразованию, которое метастазирует в другую локализацию, либо к вторичным злокачественным новообразованиям, возникшим где-то в другом месте. Инструкции о том, как кодировать новообразования, описанные как «метастатические», приведены в разделе 4.3.5G «Метастатический» рак».

#### (а) Типичные локализации метастазов

При выборе кодов для первичных или вторичных злокачественных новообразований следует обращаться к следующему перечню типичных локализаций метастазов:

- кости
- головной мозг
- диафрагма
- неточно обозначенная локализация (локализация, классифицируемая рубрикой C76)
- печень
- легкое
- лимфатические узлы
- средостение
- мозговые оболочки
- брюшина
- плевра
- забрюшинное пространство
- спинной мозг

См. ниже дополнительные инструкции по кодированию новообразований этих локализаций.

#### (b) Злокачественное новообразование, записанное как первичное

Если специалист, заполнявший свидетельство о смерти, описывает злокачественное новообразование как «первичное», «первичное в ...», «возникшее в ...» или использует аналогичные термины, в этом случае используют коды для первичного злокачественного новообразования (C00–C76, C80.0 или C81–C96). Чтобы найти соответствующий код, используют Алфавитный указатель.

В случае если в свидетельстве указан морфологический тип новообразования, сначала всегда обращаются к тому 3, поскольку для некоторых морфологий существуют

конкретные коды МКБ, отличные от представленных в таблице «Новообразования» кодов, присваиваемых в соответствии с локализацией и характером новообразования.

### (с) Другие признаки первичного злокачественного новообразования

Также злокачественное новообразование кодируют как первичное, хотя и не описанное кодировщиком как таковое, если:

- все другие злокачественные новообразования в свидетельстве описаны как вторичные или как метастазы. Это применимо независимо от того, находится или нет локализация, не уточненная как вторичная или как метастазирование, в перечне типичных локализаций метастазов. См. также пример 7;
- новообразование попадает в блок рубрик С81–С96:
  - первичное новообразование из блока рубрик С81–С96 может возникать одновременно с другим первичным новообразованием из этого блока. Все злокачественные новообразования, классифицируемые в блоке рубрик С81–С96, кодируют как первичные, за исключением тех случаев, когда специалист, заполнявший свидетельство о смерти, уточняет их как вторичные;
- локализация новообразования не входит в перечень типичных локализаций метастазов.

В случае если локализация злокачественного новообразования входит в перечень типичных локализаций, его кодируют как первичное, если:

- морфология новообразования указывает на то, что оно является первичным для данной локализации;
- новообразование описано как вызванное известным фактором риска возникновения злокачественных новообразований указанной локализации<sup>1</sup>;
- в свидетельстве о смерти указано только одно злокачественное новообразование, и оно не описано как «метастатическое»:
  - *исключение*: злокачественное новообразование лимфатических узлов кодируют как вторичное, даже если это единственное записанное в свидетельстве новообразование, если только не указано, что оно является первичным;
  - *примечание*: если в свидетельстве указано только злокачественное новообразование печени, и не уточнено, является оно первичным или вторичным, используют код С22.9 «Злокачественное новообразование печени неуточненное»;
- записано злокачественное новообразование легкого, а все другие злокачественные новообразования, указанные в свидетельстве, входят в перечень типичных локализаций метастазов:
  - новообразование в легком кодируют как вторичное, если в той же части свидетельства (в Части 1 или в Части 2) указано другое злокачественное новообразование, закодированное при этом как первичное.
- Злокачественное новообразование легкого всегда кодируют как первичное, если оно описано как бронхогенное или из бронхов.

<sup>1</sup> Чтобы определить, является ли состояние, о котором сообщается как о причине возникновения новообразования, известным фактором риска, проверьте, упоминается ли оно в качестве такого фактора риска в учебниках или других надежных источниках.

Новообразование, которое не классифицируется как злокачественное (например, менингиома) кодируют как первичное злокачественное, если указано, что оно является причиной вторичного новообразования или метастазов, и при этом имеется код для злокачественной разновидности этого новообразования. См. также выше, раздел 4.3.5А «Характер новообразования: злокачественный, *in situ*, доброкачественный или неизвестный/неопределенный», подраздел (b) «Другая информация в свидетельстве о смерти, указывающая на характер новообразования».

Далее перечислены исключения:

- *исключение:* если указана продолжительность заболевания, вторичные новообразования не должны иметь бóльшую продолжительность, чем предполагаемое первичное злокачественное новообразование;
- *исключение:* если указан морфологический тип новообразования, вторичные и предполагаемые первичные злокачественные новообразования должны иметь одинаковую морфологию;
- *исключение:* если новообразование, которое не кодируется как злокачественное, записано как причина другого новообразования, которое не кодируется как злокачественное, кодируют оба новообразования в соответствии с Алфавитным указателем. Их не считают злокачественными или метастатическими.

*Пример 2:*

1(a)	Метастазы в головном мозге	C79.3
(б)	Опухоль легкого [D38.1]	C34.9
(в)		
(г)		
2		

Опухоль легкого вызвала метастазы и считается злокачественной. Она также считается первичной, поскольку другая локализация (головной мозг) упоминается как орган с метастазами. Кодируют опухоль легкого как первичное злокачественное новообразование легкого (C34.9).

*Пример 3:*

1(a)	Рак поджелудочной железы	C25.9
(б)	Рак желудка	C16.9
(в)		
(г)		
2		

Поджелудочная железа и желудок не входят в перечень типичных локализаций метастазов. Кодируют оба злокачественных новообразования как первичные (C25.9 и C16.9).

*Пример 4:*

1(a)	Рак печени и рак легкого [C34.9]	C22.9, C78.0
(б)	Хронический гепатит	K73.9
(в)		
(г)		
2		

Хронический гепатит повышает риск возникновения первичного рака печени. Поэтому рак печени считают первичным, и кодируют его подрубрикой C22.9 «Злокачественное новообразование печени, неуточненное». Не используют код вторичного злокачественного новообразования печени, C78.7. Кодируют рак легкого как вторичный (C78.0), поскольку единственное другое злокачественное новообразование, указанное в свидетельстве, является первичным.

*Пример 5:* 1(а) Рак почки и рак легкого [С34.9] С64, С78.0  
 (б)  
 (в)  
 (г)  
 2

Кодируют рак почки как первичный (С64), поскольку он не входит в перечень типичных локализаций метастазов. Кодируют рак легкого как вторичный (С78.0), поскольку он указан в той же части свидетельства, что и рак почки, при этом рак почки считают первичным.

*Пример 6:* 1(а) Рак легкого С34.9  
 (б)  
 (в)  
 (г)  
 2 Рак почки С64

Кодируют рак легкого как первичный (С34.9). В той части свидетельства, где записан рак легкого, нет никакого другого первичного злокачественного новообразования, и код рака легкого не зависит от новообразований, упомянутых в другой части свидетельства. Кодируют рак почки как первичный (С64), поскольку он не входит в перечень типичных локализаций метастазов.

*Пример 7:* 1(а) Опухоль головного мозга [D43.2] С71.9  
 (б)  
 (в)  
 (г)  
 2 Опухоль легкого, предположительно вторичная С78.0

Обе опухоли считают злокачественными, поскольку специалист, заполнявший свидетельство, указал одну из них как вторичную, что свидетельствует о злокачественном характере. См. раздел 4.3.5А «Характер новообразования: злокачественный, in situ, доброкачественный или неизвестный/неопределенный», подраздел (b) «Другая информация в свидетельстве о смерти, указывающая на характер новообразования». Опухоль головного мозга кодируют как первичную, поскольку другое злокачественное новообразование в свидетельстве указано как вторичное. Оговорка «предположительно» игнорируется; см. раздел 4.3.2, «Неопределенный диагноз».

*Пример 8:* 1(а) Метастатическое поражение грудной стенки С79.8  
 (б) Карцинома молочной железы in situ [D05.9] С50.9  
 (в)  
 (г)  
 2

Карциному молочной железы in situ кодируют как первичное злокачественное новообразование молочной железы (С50.9). Поскольку опухоль молочной железы распространилась на грудную стенку, она уже не является in situ.

<i>Пример 9:</i>	1(а)	Вторичное злокачественное новообразование легкого и головного мозга	C78.0, C79.3
	(б)	Полип желудка [K31.7]	C16.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Кодируют полип как первичное злокачественное новообразование желудка (C16.9). Поскольку полип указан как причина вторичного распространения, он считается злокачественным.

<i>Пример 10а:</i>	1(а)	Рак головного мозга (глиома)	C71.9
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2	Рак почки	C64

Головной мозг входит в перечень типичных локализаций метастазов, но морфология глиомы указывает на то, что она является первичной в головном мозге. Используют код первичного злокачественного новообразования головного мозга (C71.9). Рак почки кодируют рубрикой C64, поскольку почка не входит в перечень типичных локализаций метастазов.

<i>Пример 10б:</i>	1(а)	Рак костей (остеосаркома)	C40.9
	(б)	Рак ободочной кишки	C18.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Кости входят в перечень типичных локализаций метастазов, но морфология остеосаркомы указывает на то, что она является первичной в костях. Используют код первичного злокачественного новообразования костей (C40.9). Рак ободочной кишки кодируют подрубрикой C18.9, поскольку ободочная кишка не входит в перечень типичных локализаций метастазов.

<i>Пример 10с:</i>	1(а)	Рак головного мозга	C71.9
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2		

Головной мозг входит в перечень типичных локализаций метастазов, но в данном случае это единственное злокачественное новообразование, указанное в свидетельстве. Используют код первичного злокачественного новообразования головного мозга (C71.9).

<i>Пример 11:</i>	1(а)	Рак шейных лимфатических узлов	C77.0
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2		

Рак шейных лимфатических узлов кодируют как вторичный (C77.0). Его считают вторичным по отношению к неуточненному первичному злокачественному новообразованию.

Пример 12: 1(а) Первичный рак предстательной железы С61  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Рак предстательной железы указан как первичный. Кодировать рубрикой С61, которая находится в блоке рубрик первичных злокачественных новообразований.

Пример 13: 1(а) Опухоль мочевого пузыря D41.4  
(б) Опухоль легкого D38.1  
(в)  
(г)  
2

Ни одна из опухолей не уточнена как злокачественная или доброкачественная. Поэтому не следует предполагать злокачественность или метастатическое распространение. Используют коды из блока «Новообразования неопределенного или неизвестного характера», D41.4 (мочевого пузыря) и D38.1 (трахеи, бронхов и легкого).

#### (d) Злокачественное новообразование, записанное как вторичное

Если специалист, заполнявший свидетельство, описывает новообразование как вторичное, используют коды С77–С79. Для нахождения соответствующего кода используют перечень «Новообразование, вторичное» в Алфавитном указателе.

#### (e) Другие признаки вторичного злокачественного новообразования

Если злокачественное новообразование не описано как первичное или как вторичное, но указана его морфология, в первую очередь находят морфологический тип новообразования в Алфавитном указателе. В случае если морфология новообразования несовместима с его локализацией (т. е. согласно учебникам и другой справочной литературе новообразование не может быть первичным для указанной локализации), этой опухоли присваивают код злокачественного новообразования неуточненной локализации в соответствии с ее морфологией.

Злокачественное новообразование кодируют как вторичное, если:

- оно уточнено специалистом, заполнявшим свидетельство, как вторичное;
- не уточнено, является ли оно первичным или вторичным, но его локализация входит в перечень типичных локализаций метастазов:
  - *исключение*: если указано только одно злокачественное новообразование, и его локализация входит в перечень типичных локализаций метастазов, это новообразование кодируют как первичное, хотя оно и находится в данном перечне. Это не относится к новообразованиям лимфатических узлов, которые всегда кодируют как вторичные. См. также раздел 4.3.5В «Злокачественные новообразования: первичные или вторичные?», подраздел (с) «Другие признаки первичного злокачественного новообразования»;
  - *исключение*: новообразование легкого кодируют как первичное, если все другие локализации, указанные в одной и той же части свидетельства (в Части 1 или в Части 2), входят в перечень типичных локализаций метастазов. Однако новообразование легкого кодируют как вторичное, если морфология

- указывает на то, что новообразование в месте типичной локализации метастазов, указанное в той же части свидетельства, является первичным для данной локализации или описано как вызванное известным фактором риска возникновения злокачественных новообразований указанной локализации;
- *исключение*: злокачественное новообразование, входящее в перечень типичных локализаций метастазов, кодируют как первичное, если все другие злокачественные новообразования в свидетельстве указаны как вторичные или как метастазы. Это применимо независимо от того, входят ли эти другие злокачественные новообразования в перечень типичных локализаций метастазов или нет. См. также пример 7;
  - *исключение*: злокачественное новообразование, входящее в перечень типичных локализаций метастазов, кодируют как первичное, если указана его морфология, и она совместима с данной локализацией<sup>1</sup>. Например, остеосаркому плечевой кости кодируют как первичную, хотя кости входят в перечень типичных локализаций метастазов;
- не уточнено, является ли новообразование первичным или вторичным, и специалист, заполнявший свидетельство, указывает, что рак является первичным в другой локализации. Это применимо независимо от того, входит ли эта локализация в перечень типичных локализаций метастазов или нет:
    - независимо от локализации не кодируют новообразование как вторичное, если оно отличается по морфологии от другого новообразования, указанного как первичное. См. также раздел 4.3.5С «Более чем одно первичное злокачественное новообразование»;
  - не уточнено, является ли новообразование злокачественным, *in situ* или доброкачественным, и указано, что оно вызвано злокачественным новообразованием:
    - *исключение*: если указана продолжительность онкологического заболевания, не кодируют неуточненное новообразование как вторичное, если оно имеет продолжительность, превышающую продолжительность злокачественного новообразования, указанного как причина неуточненного новообразования;
  - морфология указывает на то, что новообразование не может быть первичным для данной локализации (см. пример 23). В этом случае используют как код по умолчанию для первичного новообразования данной морфологии, так и код для вторичного злокачественного новообразования указанной локализации.

Не используют порядок записи, чтобы определить, является ли новообразование, указанное как злокачественное, первичным или вторичным. Злокачественное новообразование, возникшее вследствие другого злокачественного новообразования, кодируют как вторичное, только если оно описано как вторичное, метастатическое или подобное, или если оно входит в перечень типичных локализаций метастазов.

Не следует путать термины «первичное» и «первичное в». В то время как термин «первичное в» идентифицирует одно из нескольких злокачественных новообразований той же или неуточненной морфологии, что и первичное новообразование, термин «первичное» просто означает, что злокачественное новообразование не было вторичным. Это вовсе не означает, что все другие злокачественные новообразования, указанные в свидетельстве, были вторичными.

---

<sup>1</sup> Чтобы определить, совместима ли указанная морфология с локализацией, обратитесь к учебникам или другим надежным источникам.



- Если в свидетельстве указано, что первичная локализация неизвестна, все локализации новообразований, упомянутые в свидетельстве, кодируют как вторичные (см. пример 15).

*Пример 14:*

1(а)	Карцинома надпочечников [С74.9]	С79.7
(б)		
(в)		
(г)		
2	Первичное новообразование в почке	С64

Злокачественное новообразование надпочечников считают вторичным, так как в свидетельстве указано, что рак почки был первичным. Кодируют карциному надпочечников как вторичную (С79.7), и первичное новообразование в почке – как первичное злокачественное новообразование почки (С64).

*Пример 15:*

1(а)	Рак предстательной железы [С61]	С79.8
(б)	Первичная локализация неизвестна	С80
(в)		
(г)		
2		

Первичная локализация указана как неизвестная. Кодируют подрубкой «Злокачественное новообразование неизвестной первичной локализации» (С80.0). Рак предстательной железы кодируют как вторичный (С79.8), поскольку очевидно, что первичное злокачественное новообразование имело другую локализацию.

*Пример 16а:*

1(а)	Опухоль головного мозга [D43.2]	С79.3
(б)	Рак молочной железы	С50.9
(в)		
(г)		
2		

Опухоль головного мозга считают злокачественной, поскольку указано, что она вызвана раком молочной железы. Кроме того, ее считают вторичной, так как она входит в перечень типичных локализаций метастазов. Опухоль головного мозга кодируют как вторичную злокачественную (С79.3). Рак молочной железы кодируют как первичный (С50.9).

*Пример 16б:*

1(а)	Опухоль головного мозга [D43.2]	С79.3
(б)	Рак легкого	С34.9
(в)		
(г)		
2		

Опухоль головного мозга считают злокачественной, поскольку указано, что она вызвана раком легкого. Кроме того, ее считают вторичной, так как она входит в перечень типичных локализаций метастазов и записана вместе с раком легкого. Кодируют опухоль головного мозга как вторичную злокачественную (С79.3). Рак легкого кодируют как первичный (С34.9), поскольку единственное другое указанное новообразование входит в перечень типичных локализаций метастазов.

- Пример 17:* 1(а) Злокачественное новообразование  
печени [C22.9] и лимфатических узлов C78.7, C77.9  
(б)  
(в)  
(г)  
2 Злокачественное новообразование желудка C16.9

Злокачественное новообразование печени и лимфатических узлов считают вторичным, поскольку они оба входят в перечень типичных локализаций метастазов. Кодировать как вторичное злокачественное новообразование печени (C78.7) и лимфатических узлов (C77.9), и как первичное злокачественное новообразование желудка (C16.9).

- Пример 18:* 1(а) Рак легкого, плевры [C38.4]  
и грудной стенки [C76.1] C34.9 C78.2, C79.8  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Рак легкого кодируют как первичный (C34.9), поскольку другие локализации, указанные в свидетельстве – плевра и грудная стенка – входят в перечень типичных локализаций метастазов. Рак плевры и грудной стенки кодируют как вторичный (C78.2 и C79.8).

- Пример 19:* 1(а) Мезотелиома плевры  
и лимфатических узлов [C45.7] C45.0, C77.9  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Мезотелиома плевры кодируется подрубрикой C45.0, которая входит в блок кодов первичных злокачественных новообразований. Плевра входит в перечень типичных локализаций метастазов, но, поскольку морфология (мезотелиома) совместима с локализацией (плевра), это не меняет кодировку. Поэтому кодируют мезотелиому плевры подрубрикой C45.0. Злокачественное новообразование лимфатических узлов считают вторичным, поскольку лимфатические узлы входят в перечень типичных локализаций метастазов (C77.9).

- Пример 20:* 1(а) Рак легкого C34.9  
(б)  
(в)  
(г)  
2 Рак желудка C16.9

Кодируют и рак легкого, и рак желудка как первичный (C34.9, C16.9). Хотя легкое входит в перечень типичных локализаций метастазов, это единственное злокачественное новообразование, записанное в Части 1 свидетельства, и на кодирование рака легкого не влияют новообразования, записанные в другой части свидетельства.

<i>Пример 21:</i>	1(а)	Рак мочевого пузыря	C67.9
	(б)	Рак почки	C64
	(в)		
	(г)		
	2		

Кодируют и рак мочевого пузыря, и рак почки как первичный (C67.9, C64), поскольку ни один из них не входит в перечень типичных локализаций метастазов и не указан как первичный.

<i>Пример 22:</i>	1(а)	Остеосаркома крестца	C41.4
	(б)	Светлоклеточный рак почки	C64
	(в)		
	(г)		
	2		

Оба злокачественных новообразования кодируют как первичные. Кости входят в перечень типичных локализаций метастазов, но остеосаркома классифицируется как первичный рак костей (C41.4). Кроме того, она морфологически отличается от светлоклеточного рака почки (C64).

<i>Пример 23:</i>	1(а)	Остеосаркома легкого	C41.9, C78.0
	(б)		
	(в)		
	(г)		
	2		

Морфология указывает на первичное новообразование костей, а указанная локализация (легкое) несовместима с морфологией. Кодируют как остеосаркому неуточненной локализации (C41.9), а также добавляют код C78.0 «Вторичное злокачественное новообразование легкого».

Если все локализации входят в перечень типичных локализаций метастазов, кодируют все локализации как вторичные. Рекомендуется также добавить код для неизвестной первичной локализации. Если морфология не указана, используют код C80.9. Если морфология указана, используют код «неуточненной локализации», указанный в томе 3 для рассматриваемой морфологии.

- *исключение:* если все локализации входят в перечень типичных локализаций метастазов, но одна из них – легкое, кодируют рак легкого как первичный (см. пример 18).

### ***C. Более чем одно первичное злокачественное новообразование***

В одном свидетельстве может быть записано более одного первичного злокачественного новообразования. Кодируют каждое первичное злокачественное новообразование кодами C00–C76, C80.0 или C81–C96.

Признаками наличия нескольких первичных злокачественных новообразований являются:

- разная морфология новообразований;
- морфология, типичная для одной локализации, указана вместе со злокачественным новообразованием другой локализации, которая не входит в перечень типичных локализаций метастазов;
- локализации не входят в перечень типичных локализаций метастазов:

- если морфологическое описание одного новообразования дает более широкое толкование, включающее другое морфологическое описание, также указанное в свидетельстве, считают, что эти описания относятся к одному и тому же новообразованию;
- «рак» или «карциному» рассматривают не как морфологические термины, а как синонимы «злокачественного новообразования».

*Пример 24:*

1(а)	Переходно-клеточная карцинома мочевого пузыря	C67.9
(б)		
(в)		
(г)		
2	Первичная остеосаркома коленного сустава	C40.2

Мочевой пузырь, записанный на строке 1 (а), не входит в перечень типичных локализаций метастазов. Злокачественное новообразование, записанное в Части 2 свидетельства, указано как первичное. Кроме того, эти два новообразования имеют разную морфологию, и оба считаются первичными. Кодировать как «Злокачественное новообразование мочевого пузыря (C67.9) и как первичную остеосаркому коленного сустава (C40.2).

*Пример 25:*

1(а)	Гепатома	C22.0
(б)	Рак молочной железы	C50.9
(в)		
(г)		
2		

Морфология «гепатома» указывает на первичное злокачественное новообразование печени. Рак молочной железы также считают первичным, поскольку молочная железа не входит в перечень типичных локализаций метастазов. Кодировать как «Гепатома» (C22.0) и как первичное злокачественное новообразование молочной железы (C50.9).

*Пример 26:*

1(а)	Глиобластома	C71.9
(б)	Рак молочной железы	C50.9
(в)		
(г)		
2		

Морфология «глиобластома» является первичной в центральной нервной системе, обычно в головном мозге. Поэтому инструкции в расположенном выше разделе 4.3.5В (е) не применяются, даже несмотря на то, что головной мозг находится в перечне типичных локализаций метастазов. Кодировать глиобластому как первичную в головном мозге (C71.9), что является кодом глиобластомы в Алфавитном указателе, если не указано другая первичная локализация. Рак молочной железы также считают первичным, поскольку молочная железа не входит в перечень типичных локализаций метастазов. Рак молочной железы кодируют как первичное злокачественное новообразование молочной железы (C50.9).

#### ***D. Локализация четко не указана***

Если злокачественное новообразование описано как находящееся в «области» или «участке» какого-либо органа или ткани, или если в названиях локализаций имеются приставки «пери», «пара», «пре», «супра», «инфра» или подобные выражения, то сначала проверяют, включен ли этот составной термин в Алфавитный указатель.

Если этого составного термина нет в Алфавитном указателе, новообразования морфологических типов, классифицируемых в одной из следующих рубрик:

C40, C41 (кости и суставные хрящи),  
C43 (злокачественная меланома кожи),  
C44 (другие злокачественные новообразования кожи),  
C45 (мезотелиома),  
C46 (саркома Капоши),  
C47 (периферические нервы и вегетативная нервная система),  
C49 (соединительная и мягкие ткани),  
C70 (мозговые оболочки),  
C71 (головной мозг),  
C72 (другие отделы центральной нервной системы)

кодируют соответствующей подрубрикой данной рубрики.

Если составной термин отсутствует в Алфавитном указателе, и морфология не классифицируется в рубриках, указанных выше, или морфология не указана, кодируют соответствующей подрубрикой рубрики C76 (другие и неточно обозначенные локализации).

*Пример 27:* 1(a) Фибросаркома в области поджелудочной железы C49.4  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Злокачественное новообразование соединительной и мягких тканей живота» (C49.4).

*Пример 28:* 1(a) Карцинома в области легкого C76.1  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют как «Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций грудной клетки» (C76.1).

Если локализация первичного злокачественного новообразования не указана, не следует делать никаких предположений о первичной локализации, исходя из локализаций других записанных состояний, таких как перфорация, непроходимость или кровотечение. Эти состояния могут возникать в местах, не связанных с новообразованием. Например, кишечная непроходимость может быть вызвана распространением злокачественного новообразования яичника.

<i>Пример 29:</i>	1(а)	Непроходимость кишечника	K56.6
	(б)	Карцинома	C80.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Кодируют карциному как «Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации» (C80.9).

### ***Е. Первичная локализация неизвестна***

Если в свидетельстве указано, что первичная локализация новообразования неизвестна, и не упоминается возможная первичная локализация, его относят к рубрике «новообразование неуточненной локализации» для рассматриваемого морфологического типа. Например, аденокарциному кодируют рубрикой C80.0, фибросаркому – подрубрикой C49.9 и остеосаркому – C41.9.

<i>Пример 30:</i>	1(а)	Вторичная карцинома печени	C78.7
	(б)	Первичная локализация неизвестна	C80.0
	(в)		
	(г)		
	2		

В свидетельстве указано, что первичная локализация неизвестна. На строке 1(б) кодируют первичную карциному без уточнения локализации (C80.0).

<i>Пример 31:</i>	1(а)	Генерализованные метастазы	C79.9
	(б)	Меланома	C43.9
	(в)	Первичная локализация неизвестна	C80.0
	(г)		
	2		

В свидетельстве указано, что первичная локализация неизвестна. Кодируют как «Первичная злокачественная меланома неуточненной локализации» (C43.9)

Однако если в свидетельстве упоминается вероятная или возможная первичная локализация, не обращают внимания на выражение, указывающее на сомнения, и кодируют новообразование для данной локализации. См. также раздел 4.3.2 «Неопределенный диагноз».

<i>Пример 32:</i>	1(а)	Вторичная карцинома печени	C78.7
	(б)	Первичная локализация неизвестна, возможно, желудок	C16.9
	(в)		
	(г)		
	2		

В свидетельстве указано, что первичная локализация неизвестна, но в нем также упоминается желудок как возможная первичная локализация. В этом случае игнорируют слово «возможно» и кодируют на строке 1(б) «Первичное злокачественное новообразование желудка» (C16.9).

Если в свидетельстве указано несколько возможных первичных локализаций, выбирают код в соответствии с инструкциями в разделе 4.3.3А «Одно состояние, либо одна, либо другая локализация».

*Пример 33:* 1(а) Вторичная карцинома печени C78.7  
(б) Первичная локализация неизвестна, возможно желудок [C16.9] или ободочная кишка [C18.9] C26.9  
(в)  
(г)  
2

В свидетельстве указано, что первичная локализация неизвестна, но в качестве возможной первичной локализации также упоминается желудок или ободочная кишка. На строке 1(б) кодируют первичное «Злокачественное новообразование неточно обозначенных локализаций в пределах пищеварительной системы» (C26.9).

#### ***F. Поражения, выходящие за пределы одной и более локализаций***

Во введении к классу II тома 1 (примечания, раздел 5) описывается содержание и предполагаемое использование подрубрики .8 для кодирования злокачественных новообразований, выходящих за пределы одной и более локализаций. Однако при кодировании смертности коды для таких злокачественных новообразований следует использовать только в том случае, если в свидетельстве о смерти поражение четко описано как выходящее за пределы одной и более локализаций, или если анатомический термин, используемый в свидетельстве, указывает на такое поражение. Коды для поражений, выходящих за пределы одной и более локализаций не используют, если злокачественное новообразование распространилось из одной части органа или системы органов в другую часть того же органа или системы органов.

*Пример 34:* 1(а) Злокачественное новообразование языка и дна полости рта, выходящее за пределы одной и более локализаций C14.8  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют подрубрикой C14.8 «Поражение губы, полости рта и глотки, выходящее за пределы одной и более указанных локализаций». Новообразование описано как выходящее за пределы одной и более локализаций.

*Пример 35:* 1(а) Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения ободочной кишки C19  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Кодируют рубрикой C19 «Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения». Термин «ректосигмоидный» указывает на более чем одну локализацию.

Перечисление в свидетельстве смежных локализаций является недостаточным. В этом случае кодируют локализации одну за другой в соответствии с приведенными выше инструкциями.

*Пример 36:* 1(а) Злокачественное новообразование ободочной кишки и желчного пузыря C18.9, C23  
(б)  
(в)  
(г)  
2

В свидетельстве нет указания на то, что локализация «ободочная кишка и желчный пузырь» относится к новообразованию, выходящему за пределы одной и более локализаций. Ни одна из указанных локализаций не входит в перечень типичных локализаций метастазов, и, следовательно, они рассматриваются как две независимые первичные локализации. Кодируют как первичное «Злокачественное новообразование ободочной кишки (C18.9) и первичное «Злокачественное новообразование желчного пузыря» (C23).

### **G. «Метастатический» рак**

*Примечание:* Выражение «метастатический» встречается в основном в английском языке. Другие страны должны переводить на свой язык раздел 4.3.5G ровно в том объеме, который им необходим.

Для кодирования множественных причин смертности всегда следуйте инструкциям в этом разделе. Это применимо, даже если Алфавитный указатель дает код МКБ для «метастатического» новообразования или «метастатического» заболевания, отличный от кода, который вы получите, следуя этим инструкциям. Например, в Указателе может быть указан код в разделе вторичных злокачественных новообразований, но инструкции по кодированию множественных причин могут рекомендовать вам кодировать новообразование как первичное. Если это так, следуйте инструкциям и кодируйте новообразование как первичное.

Новообразования как первичные, так и вторичные, квалифицированные как метастатические, всегда являются злокачественными.

Однако прилагательное «метастатический» используется двояко: иногда этот термин обозначает вторичное новообразование, метастазировавшее из первичной локализации в другом месте, а иногда – первичное новообразование, которое дало начало метастазам.

(а) Злокачественное новообразование, «метастазирующее» из уточненной локализации

Если злокачественное новообразование описывается как «метастазирующее из» уточненной локализации, или если взаимосвязь, выраженная термином «вследствие», подразумевает распространение из уточненной локализации, следует рассматривать эту уточненную локализацию как первичный очаг. Это также относится к локализациям, входящим в перечень типичных локализаций метастазов. Используют коды C00–C76, C80.0 или C81–C96 для первичной локализации.

(b) Злокачественное новообразование, «метастазирующее в» уточненную локализацию



Если злокачественное новообразование описывается как «метастазирующее в» уточненную локализацию, или если взаимосвязь, выраженная термином «вследствие», подразумевает распространение в уточненную локализацию, следует рассматривать эту уточненную локализацию как вторичный очаг, независимо от того, находится ли эта локализация в перечне типичных локализаций метастазов или нет. Для этой вторичной локализации используют коды C77–C79. Однако если указана морфология, классифицируемая в рубриках C40–C47, C49 или C70–C72, новообразование относят к подрубрике «новообразование неуточненной локализации» для рассматриваемого морфологического типа.

(с) Злокачественное новообразование, метастазирующее из локализации А в локализацию В

Злокачественное новообразование, описанное как метастазирующее из локализации А в локализацию В, должно интерпретироваться как первичное новообразование локализации А и вторичное новообразование локализации В. Используют коды C00–C76, C80.0 или C81–C96 для первичной локализации и коды C77–C79 для вторичной локализации.

(d) «Метастатическое» новообразование определенной морфологии

Если в свидетельстве указано злокачественное новообразование, уточненное как «метастатическое» новообразование, классифицируемое по морфологическому типу в рубриках C40–C47, C49 или C70–C72, и указанная локализация соответствует его морфологическому типу, новообразование кодируют как первичное злокачественное новообразование уточненного морфологического типа. Используют соответствующую подрубрику локализации для указанного морфологического типа.

Если в свидетельстве указан «метастатический» рак, а его локализация не соответствует его морфологическому типу, новообразование кодируют как вторичное злокачественное новообразование уточненной локализации (C77–C79). Также добавляют код первичного злокачественного новообразования неуточненной локализации для указанного морфологического типа.

При применении остальных инструкций, касающихся «метастатических» злокачественных новообразований (разделы 4.3.5G (e)-(g), следующие ниже), не заменяйте коды в рубриках C40–C47, C49 или C70–C72, присвоенные в соответствии с инструкциями в этом разделе (d), кодами вторичных злокачественных новообразований (C77–C79).

*Пример 37:* 1(a) Метастатическая остеосаркома крестца C41.4  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Локализация «крестец» соответствует первичному раку костей. Кодируют как первичную остеосаркому крестца (C41.4).

*Пример 38:* 1(a) Метастатическая остеосаркома почки C41.9, C79.0  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Указанная локализация (почка) не соответствует остеосаркоме, которая является первичной в костях. Остеосаркому почки кодируют как вторичное

злокачественное новообразование (C79.0). Поскольку первичная локализация не указана, также кодируют C41.9 «Остеосаркома неуточненной локализации».

(е) «Метастатическое» злокачественное новообразование, входящее в перечень типичных локализаций метастазов

- Если в свидетельстве указано единичное злокачественное новообразование, оно находится в перечне типичных локализаций метастазов и указано как «метастатическое», его кодируют как вторичное (C77–C79), даже если в свидетельстве не указано какое-либо другое новообразование. Также добавляют код неуточненного первичного злокачественного новообразования (C80.9);
  - *исключение:* даже если новообразование описано как «метастатическое», и его локализация входит в перечень типичных локализаций метастазов, это новообразование кодируют как первичное, когда указано, что оно вызвано состоянием, которое повышает риск возникновения злокачественного новообразования в данной локализации или в ткани;
  - *исключение:* если единственное злокачественное новообразование, указанное в свидетельстве, является «метастазирующим» новообразованием легкого, кодируют первичное злокачественное новообразование легкого (C34.-). Если указано еще одно злокачественное новообразование, которое не входит в перечень типичных локализаций метастазов, тогда кодируют «метастатическое» злокачественное новообразование легкого как вторичное злокачественное новообразование легкого (C78.0). Это применимо независимо от того, записано ли новообразование легкого в той же части свидетельства, что и другое злокачественное новообразование;
  - *исключение:* о «метастатических» новообразованиях уточненной морфологии и входящих в перечень типичных локализаций метастазов, см. раздел 4.3.5G (d) выше.

Обратите внимание, что злокачественное новообразование с локализацией, входящей в перечень типичных локализаций метастазов, кодируют как первичное, если указана только одна локализация, и новообразование не описано как «метастатическое». См. также раздел 4.3.5B (с) «Другие признаки первичного злокачественного новообразования».

*Пример 39:* 1(a) Метастазирующий рак легкого (аденокарцинома) C34.9  
(б)  
(в)  
(г)  
2

Аденокарцинома может быть первичным очагом в легком, поэтому легкое – это единственная локализация, указанная или подразумеваемая в свидетельстве. Кодируют как первичное злокачественное новообразование легкого (C34.9).

- Если в свидетельстве указано несколько злокачественных новообразований, входящих в перечень типичных локализаций метастазов, и одно или несколько из них указаны как «метастатические», то все из них кодируют как вторичные злокачественные новообразования (C77–C79). Также добавляют код неуточненного первичного злокачественного новообразования (C80.9);
  - *исключение:* «метастатическое» новообразование легкого кодируют как первичное злокачественное новообразование легкого (C34.-), если все другие локализации новообразования, указанные в свидетельстве о смерти, входят в

перечень типичных локализаций метастазов, независимо от того, описаны они как «метастатические» или нет;

- *исключение:* о «метастатических» новообразованиях уточненной морфологии и входящих в перечень типичных локализаций метастазов, см. раздел 4.3.5G (d) выше.

(f) «Метастатическое» злокачественное новообразование, не входящее в перечень типичных локализаций метастазов

- Если в свидетельстве указано единичное злокачественное новообразование, это новообразование отсутствует в перечне типичных локализаций метастазов и указано как «метастатическое», его кодируют как первичное злокачественное новообразование для этой конкретной локализации (C00–C76, C80.0 или C81–C96).
- Если в свидетельстве указаны несколько злокачественных новообразований, которые не входят в перечень типичных локализаций метастазов, и все они уточнены как «метастатические», то все эти новообразования кодируют как первичные (C00–C76, C80.0 или C81–C96).
- Если в свидетельстве указаны несколько злокачественных новообразований, ни одно из них не входит в перечень типичных локализаций метастазов, и некоторые, но не все из них, уточнены как «метастатические», то новообразование, не уточненное как «метастатическое», кодируют как первичное (C00–C76, C80.0 или C81–C96), а новообразование, уточненное как «метастатическое», кодируют как вторичное (C77–C79).

(g) «Метастатические» злокачественные новообразования, некоторые из которых входят в перечень типичных локализаций метастазов, а некоторые – нет

- Если в свидетельстве указаны несколько злокачественных новообразований, некоторые, но не все из них, входят в перечень типичных локализаций метастазов, и некоторые, но не все из них, указаны как «метастатические», кодируют новообразование, входящее в перечень типичных локализаций метастазов как вторичное (C77–C79). Кроме того, новообразование, не входящее в перечень типичных локализаций метастазов и указанное как «метастатическое», кодируют как вторичное, а новообразование, не входящее в перечень типичных локализаций метастазов и не указанное как «метастатическое», кодируют как первичное (C00–C76, C80.0 или C81–C96);
  - *исключение:* даже если новообразование описано как «метастатическое», его кодируют как первичное, когда указано, что оно вызвано состоянием, которое повышает риск возникновения злокачественного новообразования в данной локализации или в ткани, независимо от того, входит ли эта локализация в перечень типичных локализаций метастазов или нет.

*Пример 40:*

1(a)	Рак мочевого пузыря	C67.9
(б)	Метастатический рак предстательной железы	C79.8
(в)		
(г)		
2		

Кодируют как «Вторичный рак предстательной железы» (C79.8) и «Первичный рак мочевого пузыря» (C67.9). Порядок записи не влияет на кодирование.

<i>Пример 41:</i>	1(а)	Рак печени [С22.9]	С78.7
	(б)	Метастазирующий рак ободочной кишки	С18.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Кодируют как «Вторичное злокачественное новообразование печени» (С78.7) и «Первичное злокачественное новообразование ободочной кишки (С18.9). Печень входит в перечень типичных локализаций метастазов, а ободочная кишка – нет.

<i>Пример 42:</i>	1(а)	Рак печени [С22.9]	С78.7
	(б)	Метастатический рак ободочной кишки	С78.5
	(в)	Рак желчного пузыря	С23
	(г)		
	2		

Кодируют как «Вторичное злокачественное новообразование печени» (С78.7), «Вторичное злокачественное новообразование ободочной кишки» (С78.5) и «Первичное злокачественное новообразование желчного пузыря» (С23). Метастатический рак ободочной кишки записан вместе с раком желчного пузыря, который не входит в перечень типичных локализаций метастазов, поэтому рак желчного пузыря кодируют как первичный, а рак ободочной кишки – как вторичный. Рак печени кодируют как вторичный, так как она входит в перечень типичных локализаций метастазов.

<i>Пример 43:</i>	1(а)	Метастазирующий рак желчного пузыря	С23
	(б)	Метастазирующий рак ободочной кишки	С18.9
	(в)		
	(г)		
	2		

Кодируют как «Первичное злокачественное новообразование желчного пузыря» (С23) и «Первичное злокачественное новообразование ободочной кишки» (С18.9). Порядок записи не влияет на кодирование.

#### 4.3.6 Последствия

##### *А. Последствия туберкулеза (В90.-)*

Последствия туберкулеза включают состояния, указанные как таковые или обозначенные как излеченные, неактивные или застарелые, если нет данных о наличии активного туберкулеза. Последствия не включают хронический туберкулез, который следует кодировать как активное инфекционное заболевание.

##### *В. Последствия трахомы (В94.0)*

Последствия трахомы включают остаточные явления трахомы, указанные как излеченные или неактивные, а также некоторые уточненные последствия трахомы, такие как слепота, рубцовый энтропион и рубцы конъюнктивы, если только нет данных о наличии активной инфекции. Последствия не включают хроническую трахому, которую следует кодировать как активное инфекционное заболевание.

### ***С. Последствия вирусного энцефалита (В94.1)***

Последствия вирусного энцефалита включают состояния, указанные как таковые, а также как отдаленные последствия, сохранявшиеся в течение одного года или более после возникновения вызвавшей их болезни. Последствия не включают хронический вирусный энцефалит, который следует кодировать как активное инфекционное заболевание.

### ***Д. Последствия других инфекционных и паразитарных болезней (В94.8)***

Последствия других инфекционных и паразитарных болезней включают состояния, указанные как таковые или обозначенные как излеченные, неактивные или застарелые. Последствия также включают состояния, сохранявшиеся в течение одного года или более после возникновения состояний, классифицируемых в рубриках А00–В89, если только нет данных о наличии активного процесса. Последствия не включают хронические инфекционные и паразитарные заболевания, которые следует кодировать как активные инфекционные и паразитарные заболевания.

### ***Е. Последствия рахита (64.3)***

Последствия рахита включают состояния, указанные как последствия или поздние проявления рахита, или указывают на предшествующий рахит как на причину состояний, сохранявшихся в течение года или более после его возникновения. Последствия не включают хроническую недостаточность питания или дефицит питательных веществ, которые следует кодировать как существующие недостаточность питания или дефицит питательных веществ.

### ***Ф. Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы (G09)***

Эта рубрика предназначена для кодирования последствий состояний, классифицируемых в рубриках G00.-, G03–004, G06.- и G08. Она не должна использоваться для кодирования хронических воспалительных заболеваний центральной нервной системы. Такие состояния кодируют как текущие воспалительные заболевания центральной нервной системы.

## **4.3.7 Специальные инструкции по другим рубрикам МКБ**

### ***А. Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца (I01) и Хронические ревматические болезни сердца (I05-I09)***

Ревматические болезни сердца классифицируются как ревматическая лихорадка с вовлечением сердца (I01) или хронические ревматические болезни сердца (I05–I09), в зависимости от того, описывается ли ревматический процесс как активный или неактивный. Если нет данных о том, что ревматический процесс был активным или неактивным на момент смерти, кодируют следующие сердечные заболевания как активные (ревматическая лихорадка с вовлечением сердца (I01)):

- сердечное заболевание, указанное как следствие ревматической лихорадки, за исключением остановки сердца, острой сердечной недостаточности, бактериального эндокардита;
- сердечное заболевание, уточненное как ревматическое и описанное как острое или подострое;
- кардит, эндокардит, болезнь сердца, миокардит или панкардит, указанные как ревматические или как вызванные ревматическим заболеванием, и если от начала заболевания прошло менее одного года;

- кардит, эндокардит, болезнь сердца, миокардит или панкардит, указанные как ревматические или как вызванные ревматическим заболеванием, и если умерший был младше 15 лет.

#### ***V. Пневмония и неподвижность (J18)***

Кодируют пневмонию подрубриками J18.0–J18.1 и J18.8–J18.9, и пневмонию, указанную с неподвижностью или ограниченной подвижностью пациента, подрубрикой J18.2 «Гипостатическая пневмония, неуточненная».

#### ***C. Акушерская смерть по неуточненной причине, смерть от любой акушерской причины, возникающая более чем через 42 дня, но менее чем через один год после родоразрешения, смерть от последствий прямых акушерских причин (O95, O96 и O97)***

Рубрики O95, O96 и O97 классифицируют акушерские смерти в зависимости от промежутка времени, прошедшего с момента акушерского события до смерти женщины. Рубрика O95 должна использоваться, когда женщина умирает во время беременности, родов, родоразрешения или в послеродовом периоде, и единственная предоставленная при этом информация – это «материнская» или «акушерская» смерть. Если причина акушерской смерти указана, не используют рубрику O95, а кодируют соответствующей рубрикой. Рубрика O96 используется для классификации смертей от любых акушерских причин, произошедших более чем через 42 дня, но менее чем через один год после окончания беременности. Рубрика O97 используется для классификации смертей от любых акушерских причин, произошедших через один год или более после окончания беременности.

#### ***D. Перинатальная смерть (P00–P96)***

Используют код из класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», если:

- состояние классифицируется кодами класса XVI;
- есть возможность индексирования указанного состояния как врожденного/перинатального/у новорожденного, а продолжительность состояния указывает на то, что оно развилось в неонатальном или перинатальном периоде. Это применимо даже в том случае, если в свидетельстве состояние не указано как неонатальное или перинатальное.

Для некоторых состояний, диагностированных у детей младше определенного возраста, предполагается, что это состояние было врожденным, см. следующий раздел, «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения».

Кроме того, для детей младше 28 дней считают, что указанное состояние развилось в перинатальном периоде, если только не указана продолжительность состояния, и то, что оно возникло после первой полной недели жизни.

Обратите внимание, что некоторые виды состояний исключены из класса XVI, например:

- Столбняк новорожденных (A33)
- Врожденная гонококковая инфекция (A54)
- Врожденный сифилис (A50)
- Болезнь, вызванная ВИЧ (B20–B24)
- Инфекционные болезни, приобретенные после рождения (A00–B99)

- Кишечные инфекции (A00–A09)
- Новообразования (C00–D48)
- Наследственные гемолитические анемии (D55–D58)
- Преходящая гипогаммаглобулинемия детей (D80.7)
- Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90)
- Некоторые врожденные заболевания нервной системы, классифицированные в рубриках G00–G99
- Врожденная кардиомиопатия
- Кишечная непроходимость, классифицируемая в подрубриках K56.0 – K56.5
- Пемфигус новорожденных и стафилококковый ожогоподобный кожный синдром (L00)
- Себорея головы (L21.0)
- Пеленочный [салфеточный] дерматит (L22)
- Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)
- Лабораторное подтверждение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] (R75)
- Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин (S00–T98).

#### ***Е. Врожденные состояния***

Если продолжительность состояния указывает на то, что оно существовало с рождения, это состояние кодируют как врожденное, даже если в свидетельстве оно не указано как таковое. Это относится ко всем состояниям, для которых имеется определенный код врожденного состояния, независимо от того, находится ли этот код в классе XVII или нет. Соответствующий код состояния с дополнительным определением «врожденный» можно найти в Алфавитном указателе.

Кроме того, следующие состояния следует кодировать как врожденные для указанного возраста, при условии, что нет никаких указаний на то, что они возникли после рождения.

- до 1 года: аневризма, стеноз аорты, атрезия, атрофия головного мозга, киста головного мозга, деформация, смещение органа, эктопия, гипоплазия органа, пороки развития, стеноз легочной артерии, порок клапанов сердца.
- до 4 недель: порок сердца БДУ, гидроцефалия БДУ.

#### ***Ф. Множественные травмы одной и той же области тела (в рубриках S00–S99), Травмы, захватывающие несколько областей тела (T00–T07)***

При кодировании множественных причин смерти не используют коды для множественных травм одной и той же области тела (в рубриках S00–S99) или коды для травм, захватывающих несколько областей тела (T00–T07), если имеется конкретная информация о соответствующих травмах. Каждую травму кодируют отдельно, и используют как можно более конкретные коды травм.

#### ***Г. Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (T80–T88)***

Если осложнение процедуры не классифицируется или не является синонимом включенного или индексированного термина, кодируют ранние осложнения и осложнения вследствие механического повреждения рубриками T80–T88. Поздние осложнения и длительно существующие нарушения функции органов кодируют в классе, к которому относится рассматриваемая система органов.

### **4.3.8 Соответствие между полом пациента и диагнозом**

Большинство рубрик МКБ-10 применимы к лицам обоего пола. Однако вероятность возникновения некоторых заболеваний у представителей одного пола выше, чем у представителей другого пола. Перечень этих состояний приведен в Приложении 7.8.

Ниже приводится общая рекомендация по решению этого вопроса; однако юридические требования в разных странах могут варьироваться. То, что код указан в приложении 7.8, не означает, что он не может использоваться для обоих полов. Однако может обнаружиться несоответствие между полом умершего и выбранным кодом. Поэтому в таких случаях следует проверить информацию и убедиться, что не произошла ошибка при заполнении свидетельства.

Следуйте любой дополнительной информации, предоставленной специалистом, заполнявшим свидетельство. Если окажется, что код действительно правильный, оставьте его. Рассмотрите возможность добавления примечания к статистическим данным, о том, что указанная причина смерти была проверена и является правильной.

Если никакой дополнительной информации получить не удастся, и нет оснований предполагать, что указанное состояние является правильным (например, указание на операцию по смене пола), в этом случае используют код R99 «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти». Рассмотрите возможность добавления примечания к статистическим данным с указанием числа случаев, перекодированных рубрикой R99 из-за очевидных несоответствий между полом умершего и причиной смерти.

## **4.4 Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования**

В связи с обновлением в 2016 году *Международной формы медицинского свидетельства о причине смерти* рекомендуется использовать только одно свидетельство для всех случаев (см. приложение 7.1).

Ранее рекомендованное свидетельство о перинатальной смерти следует заменить формой, приведенной в приложении 7.1, а случаи перинатальной смерти следует кодировать, как описано выше в разделах 4.1–4.3. Если из-за юридических или иных ограничений введение формы свидетельства из приложения 7.1 затягивается, следует применять инструкции, изложенные в приложении 7.11.

Дополнительная информация, представленная в приложении 7.1.3, может быть полезной для мониторинга перинатальной и младенческой смертности в стране или регионе. Однако эта информация не влияет на результат кодирования в соответствии с МКБ-10 и поэтому должна быть собрана в отдельном разделе свидетельства о смерти.

### **4.4.1 Специальные инструкции по мертворождениям**

Некоторые международные организации запрашивают данные как о случаях живорождения, так и мертворождения, а другие организации не включают данные о мертворождениях в свою статистику смертности. Следовательно, если случаи мертворождения включены в национальный регистр смертности, их можно легко идентифицировать, чтобы данные включали или не включали случаи смерти плода в соответствии с запросом организации, которой эти данные будут переданы.

Если неясно, относится ли свидетельство к смерти плода или ребенка, родившегося живым, следует по возможности обратиться к специалисту, заполнявшему свидетельство. Если



специалист подтверждает, что это была смерть плода, или если другие данные указывают именно на это, отмечают смерть как смерть плода в статистике смертности. Если причина смерти не указана, кодируют рубрикой P95 «Смерть плода по неуточненной причине».

Если специалист, заполнявший свидетельство, указывает, что ребенок родился живым, но не сообщает о причине смерти, кодируют подрубрикой P96.9 «Нарушение, возникшее в перинатальном периоде, неуточненное».

Определения живорождения и мертворождения приведены в разделе 5.7.1 «Определения».

#### **4.5 Заболеваемость**

Во время действия Шестого пересмотра МКБ, утвержденного в 1948 г., было получено много просьб от руководителей здравоохранения, служб социального обеспечения и исследователей в различных областях медицинской науки о создании классификации, подходящей для анализа заболеваемости. Поэтому в ответ на эти просьбы МКБ была приспособлена для классификации данных о заболеваемости в дополнение к ее традиционному использованию, и ее применение в аспекте заболеваемости постепенно расширяется с каждым пересмотром. Данные о заболеваемости все чаще используют при планировании программ и политики в области здравоохранения, их осуществлении, мониторинге и оценке, в эпидемиологии, в выявлении групп населения, подверженных повышенному риску, и в клинических исследованиях (включая изучение частоты болезней в разных социально-экономических группах).

Состояние, которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, – это основное состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. Основное состояние определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов. Если диагноз не установлен, то в качестве основного состояния следует выбрать ведущий симптом, отклонение от нормы или проблему.

Помимо основного состояния, в медицинских документах по возможности следует также перечислять по отдельности другие состояния или проблемы, которые имели место во время соответствующего эпизода оказания медицинской помощи. Другие состояния определяют как состояния, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода оказания медицинской помощи и влияют на ведение пациента. Состояния, которые связаны с более ранним эпизодом, и которые не оказывают влияние на текущий эпизод, регистрировать не следует.

Ограничение анализа разработкой по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости по множественным причинам, с тем чтобы дополнить обычные данные. Это следует делать в соответствии с местными правилами, поскольку никаких международных правил не существует. Для разработки местных подходов может быть полезен опыт других регионов.

#### **4.5.1 Порядок записи диагностической информации для анализа данных о заболеваемости по единичному состоянию**

##### ***Общие положения***

Практикующий врач, ответственный за лечение пациента, для каждого случая оказания медицинской помощи должен выбрать основное состояние, которое следует зарегистрировать, а также любые другие состояния. Эту информацию следует систематизировать путем применения стандартных методов записи. Правильно заполненный регистрационный документ необходим для качественного ведения пациента и является ценным источником эпидемиологической и другой статистической информации о заболеваемости и других проблемах, имеющих отношение к оказанию медицинской помощи.

##### ***Специфичность и точность***

Каждая диагностическая формулировка должна быть как можно более информативной, чтобы данное состояние можно было отнести в наиболее подходящую для него рубрику МКБ. Примеры таких диагностических формулировок приведены ниже:

- переходно-клеточный рак треугольника мочевого пузыря
- острый аппендицит с перфорацией
- катаракта при сахарном диабете 1 типа
- менингококковый перикардит
- антенатальная помощь при гипертензии, вызванной беременностью
- диплопия вследствие аллергической реакции на назначенный антигистаминный препарат
- остеоартрит тазобедренного сустава вследствие старого перелома бедренной кости
- перелом шейки бедренной кости вследствие падения дома
- ожог ладони третьей степени

##### ***Неопределенные диагнозы или симптомы***

Если к концу эпизода оказания медицинской помощи точный диагноз не установлен, следует зарегистрировать ту информацию, которая позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование. Это следует делать путем записи симптома, отклонения от нормы или проблемы, а не путем такой формулировки диагноза, как «возможный», «сомнительный», «предполагаемый», в случае, когда он подразумевается, но окончательно не установлен.

##### ***Обращение в медицинские организации по причинам, не относящимся к заболеваниям***

Эпизоды оказания медицинской помощи или обращения в медицинские организации не ограничиваются лечением или обследованием по поводу текущей болезни или травмы. Обращение может иметь место и тогда, когда лицо, в настоящее время не являющееся больным, просит или получает определенную медицинскую помощь или услуги; детали соответствующих обстоятельств следует регистрировать в качестве «основного состояния». Примерами таких обстоятельств являются:

- контроль состояния, по поводу которого ранее проводилось лечение
- иммунизация
- подбор противозачаточных средств, антенатальная и послеродовая помощь
- наблюдение за состоянием здоровья подверженных риску лиц ввиду личного или семейного анамнеза

- обследование здоровых лиц, например, при оформлении страховки или по профессиональным причинам
- случаи обращений за консультативной помощью, имеющей отношение к здоровью
- обращение за консультативной помощью лиц, имеющих социальные проблемы
- консультация по поручению третьего лица

В классе XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации» имеется широкий диапазон рубрик (Z00–Z99) для классификации данных обстоятельств; упоминание этого класса дает представление о той информации, которая необходима для отнесения этих обстоятельств в наиболее соответствующую им рубрику.

### ***Множественные состояния***

В тех случаях, когда эпизод оказания медицинской помощи имеет отношение к нескольким связанным состояниям (например, множественные травмы, множественные последствия предыдущей болезни или травмы или множественные состояния вследствие болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]), одно из этих состояний, определенно являющееся более тяжелым и требующее наибольших ресурсов, чем остальные состояния, следует регистрировать как «основное состояние», а остальные – как «другие состояния». В тех случаях, когда отсутствует одно превалирующее состояние, такая формулировка, как «множественные переломы», «множественные травмы головы» или «болезнь, вызванная ВИЧ, с множественными инфекциями», может быть зарегистрирована в качестве «основного состояния», которое следует сопроводить перечнем состояний. Если имеется ряд таких состояний, причем ни одно из них не доминирует, необходимо зарегистрировать одну из таких формулировок как «множественные травмы» или «множественные травмы с размождением тканей».

### ***Состояния, являющиеся следствием внешних причин***

В случаях регистрации таких состояний, как травма, отравление или другое воздействие внешних причин, важно в полном объеме описать как характер состояния, так и обстоятельства, его вызвавшие. Например, «перелом шейки бедренной кости, вызванный падением в результате поскользывания на скользкой мостовой», «ушиб мозга, явившийся следствием того, что пациент не справился с управлением автомобилем, и последний врезался в дерево», «случайное отравление – пациент выпил дезинфицирующее средство по ошибке вместо безалкогольного напитка» или «тяжелая форма гипотермии – пациентка упала в своем саду в холодную погоду».

### ***Лечение последствий болезни***

Если обращение за медицинской помощью связано с лечением или обследованием по поводу остаточных явлений (последствий) болезни, которая в настоящее время отсутствует, следует подробно описать остаточное явление и указать его происхождение, четко отметив при этом, что основная болезнь в настоящее время отсутствует. Например: «искривление носовой перегородки – перелом костей носа в детстве», «контрактура ахиллова сухожилия – отдаленное последствие травмы сухожилия», «бесплодие вследствие непроходимости фаллопиевой трубы как результат перенесенного туберкулеза».

В случае, когда имеют место множественные последствия болезни, а лечение или обследование не проводятся преимущественно по поводу одного из них, используют такие формулировки, как «последствия инсульта» или «последствия множественных переломов».

## 4.5.2 Принципы кодирования «основного состояния» и «других состояний»

### *Общие положения*

«Основное состояние» и «другие состояния», относящиеся к данному эпизоду оказания медицинской помощи, должен указывать лечащий врач, и кодирование в таких случаях не представляет трудностей, поскольку для кодирования и обработки данных следует взять указанное «основное состояние», если только не будет ясно, что не соблюдены инструкции, представленные выше. По возможности медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным основным состоянием следует возвращать врачу для уточнения. Если сделать это невозможно, правила МВ1–МВ5 (см. раздел 4.5.3) помогут кодировщику справиться с наиболее часто встречающимися случаями неправильной записи. Когда кодировщику неясно, какой код следует использовать, он должен руководствоваться правилами, приведенными ниже.

Было рекомендовано записывать «другие состояния», относящиеся к эпизодам оказания 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.

### *Необязательные дополнительные коды*

В приведенных ниже инструкциях предпочтительный код «основного состояния» для большей информативности иногда указан вместе с необязательным дополнительным кодом. Предпочтительный код, определяющий основное состояние, используют для анализа заболеваемости по единичной причине, а дополнительный код можно применять при анализе заболеваемости по множественным причинам.

### *Кодирование состояний, к которым применяется система кодирования «крестик» и «звездочка»*

В соответствующих случаях для кодирования основного состояния следует использовать коды с крестиком и коды со звездочкой, поскольку они означают два различных подхода к одному и тому же состоянию.

*Пример 1:* Основное состояние: Корева пневмония  
Другие состояния: —

Кодируют «Корь, осложненная пневмонией» (В05.2†), и «Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках» (J17.1\*).

*Пример 2:* Основное состояние: Туберкулезный перикардит  
Другие состояния: —

Кодируют «Туберкулез других уточненных органов» (А18.8†) и «Перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках» (I32.0\*).

*Пример 3:* Основное состояние: Артрит при болезни Лайма  
Другие состояния: —

Кодируют «Болезнь Лайма» (А69.2†) и «Артрит при болезни Лайма» (М01.2\*).

**Кодирование предполагаемых состояний, симптомов и отклонений от нормы, а также ситуаций, не связанных с болезнью**

Если эпизод оказания медицинской помощи имел место в стационаре, кодировщик должен соблюдать осторожность при кодировании основного состояния рубриками классов XVIII и XXI. Если к концу госпитализации более точный диагноз не поставлен, или если имела место болезнь или травма, действительно не поддающаяся кодированию, то допустимо применять коды из вышеупомянутых классов (см. также правила МВ3 и МВ5, раздел 4.5.3). Эти рубрики можно использовать обычным порядком для других эпизодов обращения в медицинские организации.

Если после эпизода оказания медицинской помощи основное состояние все еще записано как «предполагаемое», «сомнительное» и т. д., и нет дополнительной информации или уточнения, то предполагаемый диагноз следует кодировать так, как если бы он был установлен.

Рубрика Z03.- «Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние» предназначена для кодирования предполагаемых диагнозов, которые могут быть исключены после обследования.

*Пример 4:* Основное состояние: Подозрение на острый холецистит  
Другие состояния: —

Кодируют «Острый холецистит» (K81.0) как «основное состояние».

*Пример 5:* Основное состояние: Пациентка госпитализирована для обследования по подозрению на злокачественное новообразование шейки матки – этот диагноз исключен

Кодируют «Наблюдение при подозрении на злокачественное новообразование» (Z03.1) как «основное состояние».

*Пример 6:* Основное состояние: Инфаркт миокарда исключен  
Другие состояния: —

Кодируют «Наблюдение при подозрении на инфаркт миокарда» (Z03.4) как «основное состояние».

*Пример 7:* Основное состояние: Сильное носовое кровотечение  
Другие состояния: —

Пациент находился в стационаре один день. За это время никакие процедуры и обследования не проводились.

Кодируют «Носовое кровотечение» (R04.0). Это допустимо, так как очевидно, что пациент был госпитализирован исключительно для оказания неотложной помощи.

**Кодирование множественных состояний**

В тех случаях, когда множественные состояния записаны в соответствии с рубрикой «Множественные ...», и ни одно из этих состояний не обозначено как превалирующее, код для рубрики «Множественные ...» следует использовать в качестве предпочтительного, а коды для перечисленных конкретных состояний могут быть добавлены в качестве необязательных.

Такое кодирование применяют главным образом к состояниям, связанным с болезнью, вызванной ВИЧ, к травмам и последствиям болезней.

### ***Кодирование комбинированными рубриками***

В МКБ имеются некоторые рубрики для тех случаев, когда два патологических состояния или одно состояние и связанный с ним вторичный процесс могут быть представлены одним кодом. Такие комбинированные рубрики могут быть использованы для кодирования основного состояния при наличии соответствующей информации. В Алфавитном указателе такие комбинированные рубрики представлены в виде отступа с предлогом «с», который располагается сразу же за ведущим термином. Два или более состояния, записанные как «основное состояние», могут быть связаны, если одно из них можно рассматривать как прилагательное, определяющее другое состояние.

*Пример 8:* Основное состояние: Почечная недостаточность  
Другие состояния: Гипертензивная [гипертоническая] болезнь почек

Кодируют «Гипертензивная [гипертоническая] болезнь почек с почечной недостаточностью» (I12.0) как «основное состояние».

*Пример 9:* Основное состояние: Вторичная глаукома вследствие  
воспаления глаза  
Другие состояния: —

Кодируют «Глаукома вторичная вследствие воспаления глаза» (H40.4) как «основное состояние».

*Пример 10:* Основное состояние: Непроходимость кишечника  
Другие состояния: Левосторонняя паховая грыжа

Кодируют «Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены» (K40.3).

*Пример 11:* Основное состояние: Катаракта. Сахарный диабет 1 типа  
Другие состояния: Гипертензия  
Профиль отделения: Офтальмология

Кодируют «Сахарный диабет 1 типа с глазными осложнениями» (E10.3†) и «Диабетическая катаракта» (H28.0\*) как «основное состояние».

*Пример 12:* Основное состояние: Сахарный диабет 2 типа  
Другие состояния: Гипертензия  
Ревматоидный артрит  
Катаракта  
Профиль отделения: Общая терапия

Кодируют «Сахарный диабет 2 типа без осложнений» (E11.9) как «основное состояние». Следует отметить, что в данном примере нельзя связывать катаракту с диабетом, так как они не оба записаны в качестве «основного состояния».

### ***Кодирование внешних причин заболеваемости***

В отношении травм и других состояний, вызванных внешними причинами, рекомендуется кодировать как характер состояния, так и обстоятельства, связанные с внешней причиной.

Предпочтительным кодом «основного состояния» должен быть тот, который отражает характер состояния. Такой код будет обычно, но не всегда, классифицироваться рубрикой класса XIX. Код класса XX, указывающий на внешнюю причину, следует использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 13:* Основное состояние: Перелом шейки бедренной кости, причиной которого явилось падение в результате спотыкания на неровной мостовой  
Другие состояния: Ушибы локтя и плеча

Кодируют «Перелом шейки бедра» (S72.0) как «основное состояние». В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать код внешней причины для обозначения падения на поверхности одного уровня в результате поскользывания, быстрой походки или спотыкания на улице или на автомагистрали (W01.4).

*Пример 14:* Основное состояние: Тяжелая гипотермия – пациентка упала в своем саду в холодную погоду  
Другие состояния: Старость

Кодируют «Гипотермия» (T68) как «основное состояние». В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать код внешней причины для обозначения воздействия чрезмерно низкой природной температуры, дома (X31.0).

*Пример 15:* Основное состояние: Диплопия вследствие аллергической реакции на назначенный антигистаминный препарат  
Другие состояния: —

Кодируют «Диплопия» (H53.2) как «основное состояние». В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать код внешней причины для обозначения неблагоприятных реакций при терапевтическом применении противоаллергических и противорвотных лекарственных средств (Y43.0).

*Пример 16:* Основное состояние: Гемоглобинурия, вызванная тренировкой для марафонского бега (тренировка на открытой беговой дорожке стадиона)  
Другие состояния: —

Кодируют «Гемоглобинурия вследствие гемолиза, вызванного другими внешними причинами» (D59.6), как «основное состояние». В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать код внешней причины для обозначения перенапряжения и резких или повторяющихся движений на площадке для занятий спортом и спортивных соревнований (X50.3).

### ***Кодирование последствий отдельных состояний***

МКБ предусматривает ряд рубрик под заголовком «Последствия ...» (B90–B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90–T98, Y85–Y89), которые можно использовать для обозначения уже не

существующего в настоящий момент состояния как причины текущей проблемы, связанной с проведением лечения или обследования. Предпочтительным кодом для «основного состояния» является, однако, код характера самого последствия, к которому в качестве необязательного дополнительного кода может быть добавлен код «Последствия ...».

В тех случаях, когда имеет место ряд различных весьма конкретных последствий, и ни одно из них не преобладает по тяжести и по использованию ресурсов на лечение, допускается в качестве «основного состояния» указывать описание «Последствий ...», и тогда это можно закодировать соответствующей рубрикой. Следует отметить, что для применения этого подхода достаточно того, чтобы состояние, послужившее причиной последствий, описывалось как «старое», «в настоящее время отсутствует» и т. д., или чтобы результирующее состояние описывалось как «отдаленное последствие ...» или «последствие ...». Минимальный промежуток времени при этом не установлен.

*Пример 17:* Основное состояние: Дисфазия как результат старого инфаркта головного мозга  
Другие состояния: —

Кодируют «Дисфазия и афазия» (R47.0) как «основное состояние». В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать код, предназначенный для обозначения последствий инфаркта головного мозга (I69.3).

*Пример 18:* Основное состояние: Остеоартрит тазобедренного сустава вследствие старого перелома бедренной кости в результате дорожно-транспортного несчастного случая 10-летней давности  
Другие состояния: —

Кодируют «Другой посттравматический коксартроз» (M16.5) как «основное состояние». Коды, предназначенные для описания последствий перелома бедренной кости (T93.1) и последствий дорожно-транспортного несчастного случая (Y85.0), можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

*Пример 19:* Основное состояние: Отдаленные последствия полиомиелита  
Другие состояния: —

Кодируют «Последствия полиомиелита» (B91) как «основное состояние», поскольку другая информация отсутствует.

### ***Кодирование острых и хронических состояний***

Если записано, что основное состояние является как острым (или подострым), так и хроническим, а МКБ-10 предусматривает отдельные рубрики или подрубрики для каждого из них, но не для их комбинации, то в качестве предпочтительного кода для основного состояния следует использовать рубрику острого состояния.

*Пример 20:* Основное состояние: Острый и хронический холецистит  
Другие состояния: —



Кодируют «Острый холецистит» (K81.0) как «основное состояние». Код, предназначенный для хронического холецистита (K81.1), можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 21:* Основное состояние: Обострение хронического обструктивного бронхита  
Другие состояния: —

Кодируют «Хроническая обструктивная болезнь легких с обострением неуточненная» (J44.1) как «основное состояние», поскольку МКБ предусматривает соответствующий код для такой комбинации.

### ***Кодирование заболеваний и осложнений, возникших после медицинских процедур***

В классе XIX предусмотрены рубрики (T80–T88) для некоторых осложнений, связанных с хирургическими и другими процедурами, например хирургические раневые инфекции, осложнения механического происхождения, связанные с имплантированными устройствами, шок и т. д. Большинство классов, относящихся к системам органов, также содержит рубрики для кодирования состояний, которые возникли либо как следствие применения специальных процедур и методов, либо как результат удаления органа, например синдром лимфатического отека после мастэктомии, пострadiационный гипотиреоз. Некоторые состояния (например, пневмония, эмболия легочной артерии), которые могут возникнуть после медицинских процедур, не считаются самостоятельными нозологическими формами, и поэтому их кодируют обычным способом, но с целью идентификации связи с медицинской процедурой может быть добавлен необязательный дополнительный код из рубрик Y83–Y84.

Когда состояния или осложнения, возникшие после медицинских процедур, записаны как основное состояние, ссылка на модификаторы или определители, имеющиеся в Алфавитном указателе, весьма существенна для нахождения правильного кода.

*Пример 22:* Основное состояние: Гипотиреоз после удаления щитовидной железы год назад  
Другие состояния: —  
Профиль отделения: Общая терапия

Кодируют «Гипотиреоз, возникший после медицинских процедур» (E89.0) как «основное состояние».

*Пример 23:* Основное состояние: Сильное кровотечение после удаления зуба  
Другие состояния: Боль  
Профиль отделения: Стоматология

Кодируют «Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, НКДР» (T81.0), как «основное состояние».

*Пример 24:* Основное состояние: Послеоперационный психоз после пластической операции  
Другие состояния: —  
Профиль отделения: Психиатрия

Кодируют «Психоз» (F09) как «основное состояние» и добавляют код Y83.8 «Другие хирургические процедуры» (как причина аномальной реакции

пациента), чтобы подчеркнуть причинную взаимосвязь с медицинской процедурой.

#### **4.5.3 Правила для повторного выбора в тех случаях, когда «основное состояние» записано неправильно**

Лечащий врач должен определить «основное состояние», подлежащее кодированию, и оно должно быть принято для кодирования с соблюдением вышеуказанных принципов и примечаний к конкретным классам в разделе 4.5.4. Однако определенные обстоятельства или наличие другой информации могут указывать на то, что лечащий врач не соблюдал правильную процедуру выбора. Если невозможно получить уточнение от конкретного врача, следует применить одно из следующих правил и провести повторный выбор «основного состояния».

##### ***Правила повторного выбора основного состояния***

**Правило MB1 – Легкое состояние записано как «основное состояние», более тяжелое состояние записано как «другое состояние»**

Если легкое или длительно сохраняющееся состояние, либо случайно возникшая проблема, записаны как «основное состояние», а более тяжелое состояние, по поводу которого пациент получал лечение, и/или профиль отделения записаны как «другое состояние», в качестве «основного состояния» повторно выбирают более тяжелое состояние.

**Правило MB2 – Несколько состояний записаны как «основное состояние»**

Если несколько состояний, которые не могут быть закодированы вместе, записаны в качестве «основного состояния», но при этом зарегистрированы другие подробности, указывающие на то, что одно из состояний является «основным состоянием», по поводу которого пациент и получал лечение, то выбирают это состояние. В противном случае выбирают первое из упомянутых состояний.

**Правило MB3 – Состояние, записанное в качестве «основного состояния», представляет собой симптом диагностированного состояния, по поводу которого проводилось лечение**

Если в качестве «основного состояния» записаны симптом или признак (обычно классифицируемый в XVIII классе) или проблема, относящаяся к классу XXI, которые явно представляют собой выраженный признак, симптом или проблему диагностированного состояния, записанного в другой части свидетельства, и помощь была оказана по поводу этого последнего состояния, повторно выбирают диагностированное состояние в качестве «основного состояния».

**Правило MB4 – Специфичность**

В тех случаях, когда диагноз, указанный в качестве «основного состояния», описывает состояние лишь в общих чертах, а формулировка диагноза, которая дает более точную информацию о локализации или характере этого состояния, записана в другой части свидетельства, повторно выбирают эту формулировку в качестве «основного состояния».

**Правило MB5 – Альтернативные основные диагнозы**

Если в качестве «основного состояния» записан симптом или признак с указанием, что он может быть проявлением либо одного, либо другого состояния, в качестве «основного

состояния» выбирают этот симптом. Если два или более состояния записаны в качестве диагностических вариантов «основного состояния», выбирают первое из записанных состояний.

### ***Примеры применения правил повторного выбора основного состояния***

Правило МВ1 – Легкое состояние записано как «основное состояние», более тяжелое состояние записано как «другое состояние»

Если легкое или длительно сохраняющееся состояние, либо случайно возникшая проблема, записаны как «основное состояние», а более тяжелое состояние, по поводу которого пациент получал лечение, и/или профиль отделения записаны как «другое состояние», в качестве «основного состояния» повторно выбирают более тяжелое состояние.

*Пример 1:* Основное состояние: Острый синусит  
Другие состояния: Рак слизистой канала шейки матки  
Гипертензия  
Пациентка находилась в больнице в течение 3 недель  
Процедура: Тотальная гистерэктомия  
Профиль отделения: Гинекология

Повторно выбирают рак слизистой канала шейки матки в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой С53.0.

*Пример 2:* Основное состояние: Ревматоидный артрит  
Другие состояния: Сахарный диабет  
Ущемленная бедренная грыжа  
Генерализованный атеросклероз  
Пациент находился в больнице в течение 2 недель  
Процедура: Грыжесечение  
Профиль отделения: Хирургия

Повторно выбирают ущемленную бедренную грыжу в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой К41.3.

*Пример 3:* Основное состояние: Эпилепсия  
Другие состояния: Отомикоз  
Профиль отделения: Ухо, горло, нос

Повторно выбирают отомикоз в качестве «основного состояния» и кодируют подрубриками В36.9 и Н62.2\*.

*Пример 4:* Основное состояние: Застойная сердечная недостаточность  
Другие состояния: Перелом шейки бедренной кости вследствие падения с кровати во время пребывания в стационаре  
Пациент находился в больнице в течение 4 недель  
Процедура: Внутренняя фиксация перелома  
Профиль отделения: Терапия в течение одной недели, затем перевод в отделение ортопедической хирургии для лечения перелома

Повторно выбирают «Перелом шейки бедра» в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой S72.0.

*Пример 5:* Основное состояние: Кариес зубов  
Другие состояния: Ревматический митральный стеноз  
Процедура: Экстракция зубов  
Профиль отделения: Стоматология

Выбирают «Кариес зубов неуточненный» в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой K02.9. Правило MB1 здесь неприменимо. Хотя кариес зубов можно рассматривать как легкое состояние, а ревматический митральный стеноз – как более тяжелое состояние, последнее не было поводом для лечения в течение данного эпизода оказания медицинской помощи.

### Правило MB2 – Несколько состояний записаны как «основное состояние»

Если несколько состояний, которые не могут быть закодированы вместе, записаны в качестве «основного состояния», но при этом зарегистрированы другие подробности, указывающие на то, что одно из состояний является «основным состоянием», по поводу которого пациент и получал лечение, то выбирают это состояние. В противном случае выбирают первое из упомянутых состояний.

*Примечание:* См. также раздел 4.5.2, подразделы по кодированию множественных состояний и по кодированию комбинированными рубриками.

*Пример 6:* Основное состояние: Катаракта  
Стафилококковый менингит  
Ишемическая болезнь сердца  
Другие состояния: —  
Пациент находился в больнице  
в течение 5 недель  
Профиль отделения: Неврология

Выбирают «Стафилококковый менингит» в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой G00.3.

*Пример 7:* Основное состояние: Хронический обструктивный бронхит  
Гипертрофия предстательной железы  
Псориаз обыкновенный

Пациент находился под наблюдением дерматолога в амбулаторных условиях

Выбирают «Псориаз обыкновенный» в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой L40.0.

*Пример 8:* Основное состояние: Митральный стеноз  
Острый бронхит  
Ревматоидный артрит  
Другие состояния: —  
Профиль отделения: Общая терапия  
Отсутствует информация о проведенном лечении

Выбирают «Митральный стеноз», первое из упомянутых состояний, в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой I05.0.

*Пример 9:* Основное состояние: Хронический гастрит  
Вторичные злокачественные новообразования в подмышечных лимфатических узлах  
Рак молочной железы  
Другие состояния: —  
Процедура: Удаление молочной железы

Выбирают «Злокачественное новообразование молочной железы» в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой С50.9.

*Пример 10:* Основное состояние: Преждевременный разрыв плодных оболочек  
Ягодичное предлежание плода  
Анемия  
Другие состояния: —  
Процедура: Самопроизвольное родоразрешение

Выбирают «Преждевременный разрыв плодных оболочек», первое из упомянутых состояний, в качестве «основного состояния» и кодируют подрубрикой О42.9.

Правило МВЗ – Состояние, записанное в качестве «основного состояния», представляет собой симптом диагностированного состояния, по поводу которого проводилось лечение

Если в качестве «основного состояния» записаны симптом или признак (обычно классифицируемый в классе XVIII) или проблема, относящаяся к классу XXI, которые явно представляют собой выраженный признак, симптом или проблему диагностированного состояния, записанного в другой части свидетельства, и помощь была оказана по поводу этого последнего состояния, повторно выбирают диагностированное состояние в качестве «основного состояния».

*Пример 11:* Основное состояние: Гематурия  
Другие состояния: Варикозное расширение вен нижних конечностей  
Папиллома задней стенки мочевого пузыря  
Лечение: Диатермическое удаление папилломы  
Профиль отделения: Урология

В качестве «основного состояния» повторно выбирают папиллому задней стенки мочевого пузыря и кодируют подрубрикой D41.4.

*Пример 12:* Основное состояние: Кома  
Другие состояния: Ишемическая болезнь сердца  
Отосклероз  
Сахарный диабет 1 типа  
Профиль отделения: Эндокринология  
Медицинская помощь: Подбор правильной дозы инсулина

В качестве «основного состояния» повторно выбирают «Сахарный диабет 1 типа» и кодируют подрубрикой E10.0. Представленная информация показывает, что кома была следствием сахарного диабета, и ее следует принимать во внимание, так как она модифицирует кодирование.

*Пример 13:* Основное состояние: Боль в животе  
Другие состояния: Острый аппендицит  
Процедура: Аппендэктомия

В качестве «основного состояния» повторно выбирают «Острый аппендицит» и кодируют подрубрикой K35.8.

*Пример 14:* Основное состояние: Судороги при лихорадке  
Другие состояния: Анемия  
Отсутствует информация о проведенном лечении

В качестве «основного состояния» выбирают «Судороги при лихорадке» и кодируют подрубрикой R56.0. Правило МВЗ здесь неприменимо, поскольку состояние, записанное в качестве «основного», не является наиболее выраженным симптомом другого записанного состояния.

#### Правило МВ4 – Специфичность

В тех случаях, когда диагноз, указанный в качестве «основного состояния», описывает состояние лишь в общих чертах, а формулировка диагноза, которая дает более точную информацию о локализации или характере этого состояния, записана в другой части свидетельства, повторно выбирают эту формулировку в качестве «основного состояния».

*Пример 15:* Основное состояние: Инсульт  
Другие состояния: Сахарный диабет  
Гипертензия  
Кровоизлияние в мозг

В качестве «основного состояния» повторно выбирают кровоизлияние в мозг и кодируют подрубрикой I61.9.

*Пример 16:* Основное состояние: Врожденная болезнь сердца  
Другие состояния: Дефект межжелудочковой перегородки

В качестве «основного состояния» повторно выбирают дефект межжелудочковой перегородки и кодируют подрубрикой Q21.0.

*Пример 17:* Основное состояние: Энтерит  
Другие состояния: Болезнь Крона подвздошной кишки

В качестве «основного состояния» повторно выбирают болезнь Крона подвздошной кишки и кодируют подрубрикой K50.0.

*Пример 18:* Основное состояние: Затрудненные роды  
Другие состояния: Гидроцефалия плода  
Дистресс у плода  
Процедура: Кесарево сечение

В качестве «основного состояния» повторно выбирают затрудненные роды вследствие других аномалий плода и кодируют подрубрикой O66.3.

## Правило MB5 – Альтернативные основные диагнозы

Если в качестве «основного состояния» записан симптом или признак с указанием, что он может быть проявлением либо одного, либо другого состояния, в качестве «основного состояния» выбирают этот симптом. Если два или более состояния записаны в качестве диагностических вариантов «основного состояния», выбирают первое из записанных состояний.

*Пример 19:* Основное состояние: Головная боль вследствие либо стресса и напряжения, либо острого синусита  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» выбирают «Головная боль» и кодируют рубрикой R51.

*Пример 20:* Основное состояние: Острый холецистит или острый панкреатит  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» выбирают «Острый холецистит» и кодируют подрубрикой K81.0.

*Пример 21:* Основное состояние: Гастроэнтерит вследствие инфекции или пищевого отравления  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» выбирают инфекционный гастроэнтерит и кодируют рубрикой A09.

### 4.5.4 Примечания к отдельным классам

Ниже приводятся инструктивные указания для конкретных классов, в которых могут возникнуть проблемы при выборе предпочтительного кода для «основного состояния». Предшествующие общие инструктивные указания и правила применимы для всех классов, если примечания к конкретным классам не требуют иного подхода.

#### ***Класс I: Некоторые инфекционные и паразитарные болезни***

##### **B20–B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]**

Пациенту с нарушениями иммунной системы вследствие болезни, вызванной ВИЧ, может иногда требоваться лечение по поводу более чем одной болезни в течение одного и того же эпизода оказания медицинской помощи, например по поводу микобактериальной и цитомегаловирусной инфекций. В этом блоке даны рубрики и подрубрики для болезни, вызванной ВИЧ, и сопутствующих ей различных заболеваний. Кодируют соответствующую подрубрику для «основного состояния» по выбору лечащего врача.

Если в качестве «основного состояния» записана болезнь, вызванная ВИЧ, с множественными сопутствующими болезнями, следует кодировать соответствующей подрубрикой с четвертым знаком .7 из блока рубрик B20–B22. Состояния, классифицируемые в двух или более подрубриках одной и той же рубрики, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .7 соответствующей рубрики (например, B20 или B21). Подрубрику B22.7 следует использовать в тех случаях, когда имеются состояния, классифицируемые в двух или более рубриках блока B20–B22. При необходимости можно

использовать дополнительные коды в рамках рубрик В20–В24 для обозначения отдельных перечисленных состояний.

В тех редких случаях, когда связанное состояние явно предшествует возникновению ВИЧ-инфекции, комбинацию состояний не следует кодировать, а нужно соблюдать правила выбора.

*Пример 1:* Основное состояние: Болезнь, вызванная ВИЧ, и саркома Капоши  
Другие состояния: —  
Кодируют «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши» (В21.0).

*Пример 2:* Основное состояние: Токсоплазмоз и криптококкоз у пациента с ВИЧ-инфекцией  
Другие состояния: —  
Кодируют «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций» (В20.7). Коды В20.8 «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней» и В20.5 «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов» можно, если необходимо, использовать в качестве дополнительных кодов.

*Пример 3:* Основное состояние: Болезнь, вызванная ВИЧ, с пневмонией, вызванной *Pneumocystis carinii*, лимфомой Беркитта и кандидозом полости рта  
Другие состояния: —  
Кодируют «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней» (В22.7). При желании можно использовать дополнительные коды В20.6 «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*», В21.1 «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта» и В20.4 «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза».

Подрубрики в блоке рубрик В20–В23 являются обязательными четырехзначными кодами только для стран, использующих четырехзначный вариант МКБ-10. В тех случаях, когда нет желания использовать эти необязательные четырехзначные подрубрики, коды из других рубрик классификации следует использовать в качестве дополнительных для идентификации конкретных сопутствующих состояний. В приведенном выше примере 1 «основное состояние» следует кодировать рубрикой В21 «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований». Код С46.9 «Саркома Капоши» используют в качестве дополнительного кода. В приведенном выше примере 2 «основное состояние» следует кодировать рубрикой В20 «Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней». Коды В58.9 «Токсоплазмоз неуточненный» и В45.9 «Криптококкоз неуточненный» используют в качестве дополнительных кодов.

Вопрос о том, использовать ли четырехзначные подрубрики рубрик В20–В23 или придерживаться кодирования по множественным причинам для идентификации конкретных состояний, является вопросом политики, который должен быть решен к моменту введения в действие МКБ-10.



## В90–В94 Последствия инфекционных и паразитарных болезней

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительных кодов для «основного состояния», если указан характер остаточного явления. При кодировании остаточных явлений, рубрики В90–В94 можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов (см. раздел 4.5.2, подраздел «Кодирование последствий отдельных состояний»).

## В95–В97 Бактериальные, вирусные и другие инфекционные агенты

Эти рубрики не следует использовать в качестве кодов для «основного состояния». Они предназначены для необязательного использования в качестве дополнительных кодов при идентификации инфекционного агента или возбудителя болезней, классифицируемых за пределами класса I. Инфекции неуточненной локализации, вызванные этими агентами, классифицируются в других рубриках класса I.

*Пример 4:* Основное состояние: Острый цистит, вызванный *E.coli*  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» кодируют «Острый цистит» (N30.0). Подрубрику В96.2 «*E.coli* как причина болезней, классифицированных в других классах» можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 5:* Основное состояние: Бактериальная инфекция  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» кодируют «Бактериальная инфекция неуточненная» (A49.9), рубрики В95–В97 при этом для кодирования не используют.

## **Класс II: Новообразования**

При кодировании новообразований следует руководствоваться примечаниями, содержащимися во введении к классу II в томе 1, а также положениями введения к Алфавитному указателю (том 3), касающимися выбора кодов и использования морфологических описаний.

Новообразование, независимо от того, является ли оно первичным или метастатическим, которое находится в центре внимания в течение соответствующего эпизода оказания медицинской помощи, следует записывать и кодировать как «основное состояние». Если «основным состоянием», указанным лечащим врачом, является первичное новообразование, которое больше не существует (поскольку его удалили во время предшествующего эпизода оказания медицинской помощи), в качестве «основного состояния» кодируют новообразование вторичной локализации, текущее осложнение или соответствующее обстоятельство, подлежащее кодированию в классе XXI (см. раздел 4.5.1, подраздел «Обращение в медицинские организации по причинам, не относящимся к заболеваниям», которые были объектом лечения или обследования во время текущего эпизода оказания медицинской помощи. В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать соответствующую рубрику из класса XXI для обозначения новообразования в личном анамнезе пациента.

*Пример 6:* Основное состояние: Карцинома предстательной железы  
Другие состояния: Хронический бронхит  
Процедура: Простатэктомия

В качестве «основного состояния» кодируют «Злокачественное новообразование предстательной железы» (C61).

*Пример 7:* Основное состояние: Карцинома молочной железы – резекция проведена 2 года назад  
Другие состояния: Вторичный рак легкого  
Процедура: Бронхоскопия с биопсией

В качестве «основного состояния» кодируют «Вторичное злокачественное новообразование легкого» (C78.0). Подрубрика Z85.3 «В личном анамнезе злокачественное новообразование молочной железы» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 8:* Основное состояние: Проведенная ранее операция по удалению рака мочевого пузыря; госпитализация для контрольного обследования путем проведения цистоскопии  
Другие состояния: —  
Процедура: Цистоскопия

В качестве «основного состояния» кодируют «Последующее обследование после хирургического лечения злокачественного новообразования» (Z08.0). Подрубрику Z85.5 «В личном анамнезе злокачественное новообразование мочевыводящих путей» можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

#### C79.9 Вторичное злокачественное новообразование неуточненной локализации

Подрубрику C79.9 следует использовать для кодирования «основного состояния» только в том случае, если злокачественное новообразование описано как «диссеминированный карциноматоз» или «генерализованное злокачественное новообразование» (или использованы другие аналогичные термины, включенные в подрубрику C79.9), а конкретные локализации не указаны.

#### C80 Злокачественное новообразование без уточнения локализации

C80.0 Злокачественное новообразование, первичная локализация неизвестна, так обозначенное

#### C80.9 Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации

Подрубрику C80.- следует использовать для кодирования «основного состояния» только в том случае, если лечащий врач четко записал это состояние как новообразование неизвестной первичной локализации или как неуточненное злокачественное новообразование, предположительно первичное.

#### C97 Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций

Рубрику C97 следует использовать в тех случаях, когда лечащий врач записывает в качестве «основного состояния» два или более самостоятельных первичных злокачественных новообразований, ни одно из которых не является превалирующим.

Дополнительные коды можно использовать для идентификации отдельных перечисленных злокачественных новообразований.

*Пример 9:* Основное состояние: Карциноматоз  
Другие состояния: —

Кодируют «Вторичное злокачественное новообразование неуточненной локализации» (C79.9). Подрубрику C80.9 «Злокачественное новообразование неуточненной первичной локализации» можно использовать в качестве дополнительного кода, если первичная локализация не указана. Соответствующий код из класса XXI для новообразования в личном анамнезе следует использовать для первичного новообразования, которого больше нет.

*Пример 10:* Основное состояние: Множественная миелома и первичная аденокарцинома предстательной железы

Кодируют «Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций» (C97). В качестве необязательных дополнительных кодов можно использовать подрубрику C90.0 «Множественная миелома» и рубрику C61 «Злокачественное новообразование предстательной железы».

### ***Класс III: Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм***

Некоторые состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

*Пример 11:* Основное состояние: Фолиеводефицитная анемия, вызванная триметопримом  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» кодируют «Фолиеводефицитная анемия медикаментозная» (D52.1). Подрубрика Y41.2 «Противомаларийные препараты и средства, действующие на других простейших, паразитирующих в крови, и являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

### ***Класс IV: Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ***

Отдельные состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

#### **E10–E14 Сахарный диабет**

При кодировании «основного состояния» выбор соответствующей подрубрики из перечня, относящегося ко всем этим рубрикам, должен базироваться на «основном состоянии», которое было записано лечащим врачом. Подрубрику с четвертым знаком .7 следует использовать в качестве кода «основного состояния» только в том случае, когда множественные осложнения диабета были записаны в качестве «основного состояния», и

не было отдано предпочтение какому-либо одному осложнению. Коды для любых отдельных перечисленных осложнений можно добавлять в качестве необязательных дополнительных кодов.

*Пример 12:* Основное состояние: Почечная недостаточность вследствие  
диабетического гломерулонефроза

Кодируют «Гломерулярные поражения при сахарном диабете» (E14.2† и N08.3\*).

*Пример 13:* Основное состояние: Сахарный диабет 1 типа с  
нефропатией, гангреной и катарактой  
Другие состояния: —

Кодируют «Сахарный диабет 1 типа с множественными осложнениями» (E10.7). Коды E10.2† и N08.3\* «Сахарный диабет 1 типа с нефропатией», E10.5 «Сахарный диабет 1 типа с нарушениями периферического кровообращения» и E10.3† и H28.0\* «Сахарный диабет 1 типа с катарактой» можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов для идентификации отдельных осложнений.

#### E34.0 Карциноидный синдром

Этот код не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если записана карциноидная опухоль, за исключением тех случаев, когда эпизод оказания медицинской помощи касался в основном эндокринного синдрома. При кодировании опухоли подрубрику E34.0 можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода для обозначения функциональной активности.

E64.- Последствия недостаточности питания и дефицита других питательных веществ

#### E68 Последствия избыточности питания

Эти коды не следует использовать в качестве предпочтительных кодов для «основного состояния», если указан характер остаточного явления. При кодировании остаточного явления рубрики E64.- или E68 можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

#### ***Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения***

В этом классе даны определения содержания рубрик и подрубрик для оказания помощи лечащему врачу в установлении диагноза; эти определения не должны использоваться кодировщиками. Код «основного состояния» следует присваивать на основании диагноза, записанного врачом, даже если существует противоречие между указанным состоянием и определением содержания рубрики. В некоторых рубриках предусмотрено использование необязательных дополнительных кодов.

#### ***Класс VI: Болезни нервной системы***

Некоторые состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными препаратами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

## G09 Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если записан характер остаточного явления. При кодировании остаточного явления рубрику G09 можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода. Обратите внимание на тот факт, что последствия, указанные в рубриках G01\*, G02\*, G05\* и G07\*, не следует относить к рубрике G09, а скорее к рубрикам, установленным для последствий первоначального состояния, например B90–B94. Если нет рубрики, предназначенной для последствий первоначального состояния, кодируют само первоначальное состояние.

*Пример 14:* Основное состояние: Глухота вследствие туберкулезного менингита  
Профиль отделения: Клиника речи и слуха

Кодируют «Потеря слуха неуточненная» (H91.9) как «основное состояние». Подрубрика B90.0 «Отдаленные последствия туберкулеза центральной нервной системы» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 15:* Основное состояние: Эпилепсия вследствие старого абсцесса головного мозга  
Профиль отделения: Неврология

В качестве «основного состояния» кодируют «Эпилепсия неуточненная» (G40.9). Рубрика G09 «Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 16:* Основное состояние: Умственная отсталость легкой степени вследствие поствакцинального энцефалита  
Профиль отделения: Психиатрия

В качестве «основного состояния» кодируют «Умственная отсталость легкой степени без указаний на нарушение поведения» (F70.9). Рубрика G09 «Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

## G81–G83 Паралитические синдромы

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если записана текущая причина, за исключением тех случаев, когда эпизод оказания медицинской помощи касался в основном самого паралича. При кодировании причины обращения рубрики G81–G83 могут быть использованы в качестве необязательных дополнительных кодов.

*Пример 17:* Основное состояние: Инсульт с гемиплегией  
Другие состояния: —  
Профиль отделения: Неврология

В качестве «основного состояния» кодируют «Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт» (I64). Подрубрика G81.9 «Гемиплегия неуточненная» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 18:* Основное состояние: Инфаркт головного мозга  
трехлетней давности  
Другие состояния: Паралич левой нижней конечности  
Пациент получает физиотерапевтическое лечение

В качестве «основного состояния» кодируют «Моноплегия нижней конечности» (G83.1). Подрубрика I69.3 «Последствия инфаркта мозга» может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

***Класс VII: Болезни глаза и его придаточного аппарата***

**H54.- Слепота и пониженное зрение (бинокулярное или монокулярное)**

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод оказания медицинской помощи касался в основном самой слепоты. При кодировании причины обращения рубрику H54.- можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

***Класс VIII: Болезни уха и сосцевидного отростка***

**H90–H91 Кондуктивная, нейросенсорная и другая потеря слуха**

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительных кодов для «основного состояния», если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод оказания медицинской помощи касался в основном самой потери слуха. При кодировании причины обращения рубрики H90.- или H91.- можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

***Класс IX: Болезни системы кровообращения***

**I15.- Вторичная гипертензия**

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод оказания медицинской помощи касался в основном самой гипертензии. При кодировании причины обращения рубрику I15.- можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

**I69.- Последствия цереброваскулярных болезней**

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», если указан характер остаточных явлений. При кодировании остаточных явлений, рубрику I69.- можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

***Класс XV: Беременность, деторождение и послеродовой период***

**O08.- Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью**

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для «основного состояния», за исключением тех случаев, когда новый эпизод оказания медицинской помощи касается исключительно лечения осложнения, например текущего осложнения ранее сделанного аборта. Эту рубрику можно использовать в качестве необязательного

дополнительного кода с рубриками O00–O02 для идентификации сопутствующих осложнений, а также с рубриками O03–O07 для более подробного описания осложнения. Обратите внимание на тот факт, что при кодировании четырехзначными подрубриками рубрик O03–O07 следует обращаться к терминам, включенным в подрубрики рубрики O08.

*Пример 19:* Основное состояние: Трубная беременность с разрывом маточной трубы и шоком  
Профиль отделения: Гинекология

В качестве «основного состояния» кодируют «Разрыв маточной трубы вследствие беременности (O00.1). Подрубрику O08.3 «Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью» можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 20:* Основное состояние: Неполный аборт с перфорацией матки  
Профиль отделения: Гинекология

В качестве «основного состояния» кодируют «Неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями» (O06.3). Код O08.6 «Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью» можно добавить в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 21:* Основное состояние: Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови после аборта, произведенного два дня назад в другом учреждении  
Профиль отделения: Гинекология

Кодируют «Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью» (O08.1). Никакого другого кода не требуется, поскольку аборт был произведен в ходе предшествующего эпизода оказания медицинской помощи.

## O80–O84 Родоразрешение

Использование этих кодов для обозначения «основного состояния» следует ограничивать случаями, при которых единственной записанной информацией является запись о родоразрешении или о методе родоразрешения. Коды O80–O84 можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов для указания метода или вида родоразрешения в тех случаях, когда для этой цели не используют специальные разделы или классификацию процедур.

*Пример 22:* Основное состояние: Беременность  
Другие состояния: —  
Процедура: Родоразрешение с наложением низких [выходных] щипцов

В качестве «основного состояния» кодируют «Родоразрешение с наложением низких [выходных] щипцов» O81.0, поскольку другая информация отсутствует.

*Пример 23:* Основное состояние: Закончившаяся беременность  
Другие состояния: Неудачная попытка вызвать роды  
Процедура: Кесарево сечение

В качестве «основного состояния» кодируют «Неудачная попытка вызвать роды неуточненная (О66.4). Код О82.9 «Родоразрешение путем кесарева сечения неуточненное» можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 24:* Основное состояние: Беременность, закончившаяся  
родоразрешением двойней  
Другие состояния: —  
Процедура: Самопроизвольное родоразрешение

В качестве «основного состояния» кодируют «Беременность двойней» (О30.0). Подрубрику О84.0 «Родоразрешение при многоплодной беременности, полностью самопроизвольное» можно добавить в качестве необязательного дополнительного кода.

*Пример 25:* Основное состояние: Роды в срок, завершившиеся  
рождением мертвого плода  
массой 2800 г  
Другие состояния: —  
Процедура: Самопроизвольное родоразрешение

Кодируют «Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери» (О36.4), если не может быть определена конкретная причина смерти плода.

О98–О99 Болезни матери, классифицируемые в других рубриках, но осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период

Имеющиеся подрубрики следует использовать в качестве кодов для «основного состояния», и им следует отдавать предпочтение перед рубриками, не входящими в класс XV, в тех случаях, когда классифицируемые состояния были указаны лечащим врачом как состояния, осложнившие беременность, сами осложнившиеся в ходе беременности или явившиеся поводом для оказания акушерской помощи. Соответствующие коды из других классов можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов, позволяющих уточнить состояние.

*Пример 26:* Основное состояние: Токсоплазмоз  
Другие состояния: Не завершившаяся беременность  
Профиль отделения: Дородовая клиника для женщин,  
относящихся к группе повышенного  
риска

В качестве «основного состояния» кодируют «Протозойные болезни, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период (О98.6). Подрубрику В58.9 «Токсоплазмоз неуточненный» можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода для идентификации специфического возбудителя.



**Класс XVIII: Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках**

Рубрики этого класса не следует использовать в качестве кодов для «основного состояния», за исключением тех случаев, когда симптом, признак или отклонение от нормы явно представляет собой основное состояние, по поводу которого проводилось лечение или исследование в течение данного эпизода оказания медицинской помощи, и не связан с другими состояниями, записанными лечащим врачом. Для получения дополнительной информации см. также правило MB3 (раздел 4.5.3) и введение к классу XVIII в томе 1.

**Класс XIX: Травма, отравление и некоторые другие следствия внешних причин**

Когда записаны множественные травмы, и ни одна из них не была выбрана лечащим врачом в качестве «основного состояния», кодируют одной из рубрик, предусмотренных для множественных травм:

- одного типа, одной и той же части тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7 в рубриках S00–S99);
- различных типов, одной и той же части тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7 в последней рубрике каждого блока, т. е. S09, S19, S29 и т. д.);
- одного типа, различных частей тела (T00–T05).

Обратите внимание на следующие исключения:

- внутренние травмы, записанные с поверхностными травмами и/или только с открытыми ранами, – в качестве «основного состояния» кодируют внутренние травмы;
- переломы костей черепа и лицевых костей и связанная с этим внутричерепная травма – в качестве «основного состояния» кодируют внутричерепную травму;
- внутричерепное кровоизлияние, записанное с другими травмами только головы, – в качестве «основного состояния» кодируют внутричерепное кровоизлияние;
- переломы, записанные с открытыми ранами только той же локализации, – в качестве «основного состояния» кодируют перелом.

В тех случаях, когда используются рубрики множественных травм, коды для любого вида отдельных перечисленных травм могут быть использованы в качестве необязательных дополнительных кодов. В случае упомянутых исключений, помимо кода основного состояния, сопутствующую травму можно идентифицировать либо посредством необязательного дополнительного кода, либо посредством одного из дополнительных знаков кода, предусмотренных для этой цели.

*Пример 27:* Основное состояние: Травма мочевого пузыря и мочеиспускательного канала  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» кодируют «Травма нескольких тазовых органов» (S37.7). Подрубрики S37.2 «Травма мочевого пузыря» и S37.3 «Травма мочеиспускательного канала» можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

*Пример 28:* Основное состояние: Открытая внутричерепная рана с кровоизлиянием в мозжечок  
Другие состояния: —

В качестве «основного состояния» кодируют «Травматическое кровоизлияние в мозжечок» (S06.8). В случае необходимости открытая внутричерепная рана может быть указана посредством добавления кода S01.9 «Открытая рана головы неуточненной локализации» или посредством добавления знака .1 (с открытой внутричерепной раной) к коду S06.8.

#### T90–T98 Последствия травм, отравлений и других следствий внешних причин

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительных кодов для «основного состояния», если записан характер остаточных явлений. При кодировании остаточных явлений, рубрики T90–T98 можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

#### ***Класс XX: Внешние причины заболеваемости и смертности***

Рубрики этого класса не следует использовать в качестве кодов «основного состояния». Они предназначены для использования в качестве необязательных дополнительных кодов для идентификации внешних причин состояний, классифицированных в классе XIX, и могут также использоваться в качестве необязательных дополнительных кодов состояний, классифицированных в любом другом классе, но вызванных внешними причинами.

## **5. Представление статистических данных**

### **5.1 Введение**

Этот раздел содержит правила, относящиеся к статистическим данным, предназначенным для международного сравнения, и инструкции по представлению данных на национальном и субнациональном уровнях.

Лица, ответственные за анализ данных, должны участвовать в разработке протоколов по их обработке (включая кодирование), причем это касается не только диагностических данных, но также и других показателей, используемых в перекрестных разработках.

### **5.2 Источник данных**

Заполнение медицинского свидетельства о причине смерти обычно входит в обязанности лечащего врача. Медицинское свидетельство о причине смерти должно быть составлено в соответствии с международными рекомендациями (см. раздел 4.1.3). Административные процедуры должны гарантировать конфиденциальность данных, указанных в свидетельстве о смерти или других медицинских документах.

В случае смерти, удостоверенной судебно-медицинской экспертизой или другим работником юридической службы, медицинские данные, предоставленные этому лицу, должны быть отражены в свидетельстве, в дополнение к любым юридическим сведениям.

### **5.3 Уровень детализации причины в таблицах**

Имеются стандартные способы включения в перечень причин, кодируемых в соответствии с МКБ, и существуют формальные рекомендации, касающиеся разработочных таблиц, позволяющих проводить международное сравнение (см. раздел 5.6). В других перечнях иерархическая структура МКБ обеспечивает разумную гибкость для возможных группировок данных.

Трех- и четырехзначные рубрики МКБ дают возможность значительной детализации. Иногда их используют для создания справочных (ссылочных) таблиц, включающих целый ряд данных, которые не могут быть опубликованы, но хранятся в центральном учреждении, откуда по требованию может быть извлечена информация, касающаяся конкретных диагнозов. Классификацию на этом уровне также используют специалисты, заинтересованные в подробном изучении ограниченного круга диагнозов. В этих случаях большую детализацию дает кодирование на 5-значном и даже 6-значном уровне, когда используются дополнительные знаки, имеющиеся в некоторых рубриках МКБ, или один из специальных вариантов семейства классификаций.

Несмотря на то, что были приняты все меры к тому, чтобы названия четырехзначных подрубрик МКБ несли смысловую нагрузку сами по себе, их время от времени следует читать совместно с названием трехзначной рубрики. В этих случаях необходимо или включать трехзначные рубрики (в их полном выражении), или использовать специально адаптированные наименования четырехзначных подрубрик, которые вполне понятны сами по себе. Существует более 2000 рубрик на трехзначном уровне, отражающих все состояния, которые могут представлять интерес для общественного здравоохранения.

В томе 1 имеются также специальные перечни, предназначенные для тех обстоятельств, когда трехзначный перечень слишком детализирован, и эти перечни устроены так, чтобы международное сравнение значимых болезней и групп болезней не затруднялось различными подходами к классификации, имеющими место в разных странах.

## **5.4 Рекомендуемые специальные перечни для статистической разработки данных о смертности**

Специальные перечни для статистической разработки данных о смертности приведены в томе 1.

### **5.4.1 Краткие перечни**

Два кратких перечня, перечень 1 и перечень 3, предусматривают пункты для каждого класса МКБ и, кроме того, внутри большинства классов обозначают пункты отобранных перечней вместе с пунктами оставшейся части класса болезней, озаглавленными «Другие ...», что полностью охватывает рассматриваемый класс. Таким образом, эти перечни сжимают весь диапазон трехзначных рубрик МКБ до такого числа наименований, которым удобно пользоваться при подготовке различных публикаций.

### **5.4.2 Отобранные перечни**

Два отобранных перечня, перечень 2 и перечень 4, включают в себя пункты из большинства классов МКБ, предназначенные для кодирования состояний и внешних причин, которые имеют важное значение для мониторинга и анализа состояния здоровья населения и вопросов, связанных со смертностью, как на национальном, так и на международном уровнях. Классы в целом не приведены, и только несколько классов имеют остаточные рубрики, которые дают возможность получить представление о классе в целом.

### **5.4.3 Использование дополнительных обозначений с целью идентификации перечней для статистической разработки данных о смертности**

Использование цифровых знаков, дополняющих номера пунктов перечней, предотвращает путаницу, которая может возникнуть между специальными перечнями для статистических разработок, где одни и те же состояния имеют различные номера пунктов. (Номера пунктов можно отличить от четырехзначных кодов МКБ, которые имеют букву в качестве первого знака кода). В случаях, когда адаптированный перечень используется для национальных и внутринациональных целей, необходимо применять альтернативный идентификационный дополнительный знак.

### **5.4.4 Разработка перечней на местном уровне**

Четыре специальных перечня служат для большинства стран адекватным источником информации о наиболее важных болезнях и внешних причинах смерти. Они также позволяют проводить сравнение через определенные промежутки времени и наблюдение за изменениями относительной частоты болезней, например инфекционных или дегенеративных, для оценки эффективности проводимых программ здравоохранения. Они дают возможность проводить сравнение между внутринациональными территориями и подгруппами населения. И, кроме того, они делают возможным обоснованное сравнение причин смерти на международном уровне.

Если нет необходимости в международном сравнении, перечни, подобные специальным перечням для статистических разработок, могут быть созданы для местного использования. Рубрики МКБ в таком перечне могут быть выбраны и сгруппированы наиболее удобным и эффективным способом. Специальные перечни могут понадобиться, например, для мониторинга эффективности, в отношении заболеваемости и смертности, многих местных программ здравоохранения.

При адаптации специальных перечней для статистических разработок к национальным требованиям или при их пересмотре для нового или специального проекта полезно провести пробный анализ путем простого подсчета числа случаев, попадающих в каждую трехзначную рубрику, чтобы определить, какие состояния удобно группировать в более широкие рубрики и в каких случаях необходимо использование подрубрик.

В случаях создания местного перечня необходимо, чтобы ключевые коды к кратким рубрикам включали бы в себя трехзначные (или четырехзначные) коды основной классификации.

## **5.5 Специальный перечень для статистической разработки данных о заболеваемости**

### **5.5.1 Описание**

Перечень для статистической разработки данных о заболеваемости содержит 298 пунктов. Этот перечень является кратким перечнем, в котором каждая рубрика включена только один раз, и общий итог данных по группам болезней и классам МКБ может быть получен путем сложения последовательных пунктов.

Перечень для статистической разработки данных о заболеваемости должен служить основой для национальных перечней и для межгосударственного сравнения. Национальные перечни могут быть разработаны путем сокращения или расширения основной классификации. Этот перечень пригоден для обработки данных о госпитальной помощи, а при соответствующей адаптации – объединения некоторых пунктов и расширения пунктов, относящихся к классу XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях» и классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в медицинские организации» – его можно использовать для анализа информации из других источников, таких как амбулаторная помощь и обследования населения. Когда составлен местный перечень, ключевые коды к кратким рубрикам должны включать в себя трехзначные (или четырехзначные) коды основной классификации.

Перечень для статистической разработки данных о заболеваемости включает номера кодов со звездочкой для использования в тех случаях, когда код со звездочкой для двойной классификации включен в анализ. Этот перечень можно использовать для разработки данных с кодами с крестиком или с кодами со звездочкой, и поэтому важно указать, на какой основе построена та или иная таблица.

### **5.5.2 Модификация специального перечня для статистической разработки данных о заболеваемости в соответствии с национальными требованиями**

Если после изучения частотных распределений трехзначных рубрик МКБ сделан вывод о необходимости расширения перечня, некоторые пункты для ряда рубрик МКБ можно разделить в соответствии с основной классификацией или даже довести до четырехзначного уровня. Если рекомендуемый перечень считается слишком детализированным, или если требуется более краткий перечень, отбор рубрик можно провести, исходя из национальных или местных особенностей. В зависимости от «эпидемиологического профиля» страны рубрики можно объединить в краткий перечень.

## 5.6 Рекомендации, касающиеся статистических таблиц для международного сравнения

### 5.6.1 Статистические таблицы

Степень детализации при перекрестном классифицировании данных по причине, полу, возрасту и географической территории будет зависеть как от целей и значимости статистических данных, так и от практических ограничений таких разработок. Приводимые ниже образцы, предназначенные для облегчения международной сопоставимости данных, демонстрируют стандартные методы выражения различных характеристик. Если в публикуемых таблицах используется иной принцип группировки (например, группировки по возрасту), следует организовать эти таблицы таким образом, чтобы можно было включать содержащиеся в них данные в одну из рекомендуемых группировок.

- (a) Анализ данных с использованием Международной классификации болезней необходимо проводить в соответствии с:
  - (i) полным перечнем трехзначных рубрик, с четырехзначными подрубриками или без них;
  - (ii) одним из специальных перечней для статистической разработки данных о смертности;
  - (iii) специальным перечнем для статистической разработки данных о заболеваемости.
- (b) Группировка по возрасту для общих целей:
  - (i) до 1 года, с разбивкой по одному году до 4 лет, по пятилетиям от 5 до 84 лет, 85 лет и старше;
  - (ii) до 1 года, 1-4 года, 5-14 лет, 15-24 года, 25-34 года, 35-44 года, 45-54 года, 55-64 года, 65-74 года, 75 лет и старше;
  - (iii) до 1 года, 1-14 лет, 15-44 года, 45-64 года, 65 лет и старше.
- (c) Классификацию по географическому признаку следует проводить в соответствии с:
  - (i) каждой крупной административно-территориальной единицей;
  - (ii) каждым городом или городской агломерацией с населением 1 000 000 жителей и более, в ином случае – с самым крупным городом с населением не менее 100 000 человек;
  - (iii) комплексом городских поселений страны с населением 100 000 человек и более;
  - (iv) комплексом городских поселений страны с населением менее 100 000 человек;
  - (v) комплексом сельских районов страны.

*Примечание 1:* Статистические данные, относящиеся к пункту «с», должны включать принятые определения «городских» и «сельских» районов.

*Примечание 2:* В странах, где медицинское свидетельство о причине смерти не заполняется или заполняется лишь в некоторых районах, показатели смертности, не удостоверенной медицинским персоналом, должны публиковаться отдельно.

## **5.6.2 Статистическая разработка данных о причинах смерти**

Статистические данные о причинах смерти, относящиеся к определенной территории, необходимо представлять в соответствии с рекомендацией пункта «а» (i) или, если это невозможно, в соответствии с рекомендацией пункта «а» (ii). Смерти желательно группировать по полу и возрастным группам согласно рекомендации «b» (i).

Статистические данные о причинах смерти в административно-территориальных образованиях, указанных в пункте «с», должны соответствовать рекомендации «а» (ii) или, если это невозможно, рекомендации «а» (iii). Желательно группировать их по полу и возрастным группам, как указано в рекомендации «b» (ii).

## **5.7 Стандарты и требования к регистрации мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности**

Следующие определения были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения как в отношении статистических показателей для международного сравнения, так и в отношении рекомендаций по представлению данных, из которых эти показатели получены. Определения, принятые Ассамблеей здравоохранения, приведены в томе 1, и для удобства пользования повторно приведены ниже.

### **5.7.1 Определения**

#### ***Живорождение***

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

#### ***Мертворождение (мертворожденный плод)***

Мертворождением является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности; на смерть после такого отделения указывает отсутствие у плода дыхания или любых других признаков жизни, таких, как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры.

#### ***Масса тела при рождении***

Масса тела плода или новорожденного, зарегистрированная сразу после рождения.

У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни, до того как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Принятое в статистике группирование по массе тела при рождении с использованием интервалов в 500 г применять не следует. Фактическая масса тела должна быть зафиксирована с той степенью точности, с какой она была измерена.

Понятия «низкая», «очень низкая», «экстремально низкая» масса тела при рождении не являются взаимоисключающими категориями. Они частично совпадают друг с другом; понятие «низкая» масса тела включает понятие «очень низкая» и «экстремально низкая», а понятие «очень низкая» масса тела включает понятие «экстремально низкая».

Низкая масса тела при рождении  
Масса тела менее 2500 г (до и включая 2499 г)

Очень низкая масса тела при рождении  
Масса тела менее 1500 г (до и включая 1499 г).

Экстремально низкая масса тела при рождении  
Масса тела менее 1000 г (до и включая 999 г).

### ***Срок беременности***

Срок беременности исчисляют от первого дня последней нормальной менструации. Срок беременности выражают в полных днях или полных неделях (например, события, происходившие в период между 280-м и 286-м полными днями после начала последней нормальной менструации, считают имевшими место на 40-й неделе беременности).

Срок беременности, исчисляемый по дате последней нормальной менструации, часто является источником статистических ошибок. Во избежание ошибок необходимо помнить, что первый день следует расценивать как день 0, а не день 1-й. Дни 0-6 соответственно составляют «полную нулевую лунную неделю», дни 7-13 – «полную первую неделю» и соответственно 40-я неделя беременности является синонимом понятия «полные 39 недель». Если дата последней нормальной менструации неизвестна, срок беременности следует определять на основании наиболее надежных клинических данных. Для того чтобы избежать недопонимания, результаты расчетов в статистических таблицах необходимо указывать как в неделях, так и в днях.

### ***Недоношенность***

Роды при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней).

### ***Доношенность***

Роды при сроке беременности от 37 полных недель до менее чем 42 полных недель (259–293 дня).

### ***Переношенность***

Роды при сроке беременности в 42 полные недели или более (294 дня или более).

### ***Перинатальный период***

Перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения.

### ***Неонатальный период***

Неонатальный период начинается с момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения. Неонатальная смертность (смертность среди живорожденных в первые полные 28 дней жизни) может быть подразделена на раннюю неонатальную смертность, т. е. смертность в течение первых семи дней жизни, и позднюю неонатальную смертность, т. е. имеющую место после 7 полных дней жизни и до 28 полных дней жизни.

В записи о времени смерти ребенка в первый день жизни (день 0) должна быть точно указана продолжительность жизни (полных минут или часов). В случае смерти ребенка на



вторые сутки (день 1), третьи сутки (день 2) и последующие 27 полных дней жизни возраст указывается в днях.

### **5.7.2 Критерии регистрации данных**

Юридические требования к регистрации мертворождений и живорождений варьируются от страны к стране и даже внутри стран. По возможности следует включать в статистику все случаи рождений плодов и детей с массой тела не менее 500 г независимо от того, живые они или мертвые. Если масса тела при рождении неизвестна, следует использовать соответствующие критерии определения срока беременности (22 полные недели) или ориентироваться на длину тела (25 см от верхушки темени до пяток). Критерии для ответа на вопрос, произошел ли данный случай в перинатальный период, нужно применять в следующем порядке; 1) масса тела при рождении, 2) срок беременности, 3) длина тела от верхушки темени до пяток. Включение в национальную статистику данных о плодах и новорожденных с массой тела от 500 до 1000 г рекомендуется потому, что эти данные имеют самостоятельную значимость и, кроме того, повышают полноту информации о плодах и новорожденных с массой тела 1000 г и более.

### **5.7.3 Статистические разработки для международного сравнения**

Не рекомендуется включать в статистику для международного сравнения данные о группе с экстремально низкой массой тела при рождении, так как это снижает достоверность сравниваемой информации. Страны должны организовать регистрацию и отчетность таким образом, чтобы можно было легко идентифицировать конкретные случаи и критерии их включения в статистические показатели. Менее зрелые плоды и младенцы, не соответствующие этим критериям (например, имеющие массу тела менее 1000 г), должны быть исключены из статистики перинатальной смертности, если нет юридических и иных веских оснований для обратного (в этом случае факт включения должен быть четко обоснован). Когда масса тела при рождении, срок беременности и длина тела (от верхушки темени до пяток) неизвестны, случаи смерти должны быть скорее включены, чем исключены, из статистики смертности в перинатальном периоде. Страны должны также представлять статистические данные, в которых как числитель, так и знаменатель всех показателей и соотношений относятся только к плодам и младенцам с массой тела 1000 г и более (показатели и соотношения с учетом массы тела); когда информация о массе тела при рождении отсутствует, используют соответствующий показатель срока беременности (28 полных недель) или длины тела (35 см от верхушки темени до пяток).

В отчетности по статистике мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности число случаев смерти, обусловленных врожденными пороками развития, по возможности следует указывать отдельно для живорожденных и мертворожденных, а также отдельно для групп с массой тела при рождении 500–999 г и массой тела 1000 г и более. Случаи смерти в неонатальном периоде вследствие врожденных пороков развития следует регистрировать отдельно для раннего и позднего неонатального периода. Такая информация позволяет представлять статистические данные о перинатальной и неонатальной смертности с учетом случаев смерти от врожденных пороков развития или без них.

### ***Коэффициенты и показатели***

В публикуемых коэффициентах и показателях всегда должен быть указан знаменатель, т. е. число живорожденных или общее число рождений (живорожденные плюс мертворожденные). Странам рекомендуется представлять перечисленные ниже коэффициенты и показатели или столько из них, сколько позволяет существующая система сбора данных.

*Коэффициент внутриутробной смертности*

Число мертворожденных  
----- x 1000  
Число живорожденных

*Коэффициент мертворождаемости*

Число мертворожденных  
----- x 1000  
Всего родившихся

*Коэффициент мертворождаемости с учетом массы тела*

Число мертворожденных с массой тела 1000 г и более  
----- x 1000  
Всего родившихся с массой тела 1000 г и более

*Коэффициент ранней неонатальной смертности*

Число умерших в раннем неонатальном периоде  
----- x 1000  
Число живорожденных

*Коэффициент ранней неонатальной смертности с учетом массы тела*

Число умерших в раннем неонатальном периоде  
с массой тела 1000 г и более  
----- x 1000  
Число живорожденных с массой тела 1000 г и более

*Коэффициент перинатальной смертности*

Число мертворожденных плюс число умерших  
в раннем неонатальном периоде  
----- x 1000  
Число живорожденных

*Показатель перинатальной смертности*

Число мертворожденных плюс число умерших  
в раннем неонатальном периоде  
----- x 1000  
Всего родившихся

Показатель перинатальной смертности включает число случаев смерти плодов с массой тела не менее 500 г (если масса тела при рождении неизвестна, рождение при сроке беременности от 22 полных недель, или с длиной тела 25 см и более от верхушки темени до пяток) плюс число умерших в раннем неонатальном периоде на 1000 всех родившихся. Этот показатель не может быть обязательно равен сумме показателей мертворождаемости и ранней неонатальной смертности, так как они имеют разные знаменатели.

*Показатель перинатальной смертности с учетом массы тела*

Число мертворожденных с массой тела 1000 г и более  
плюс число умерших в раннем неонатальном периоде  
с массой тела при рождении 1000 г и более  
----- x 1000  
Всего родившихся с массой тела 1000 г и более

#### *Показатель неонатальной смертности*

Число умерших в неонатальном периоде  
----- x 1000  
Число живорожденных

#### *Показатель неонатальной смертности с учетом массы тела*

Число умерших в неонатальном периоде  
с массой тела при рождении 1000 г и более  
----- x 1000  
Число живорожденных с массой тела 1000 г и более

#### *Показатель младенческой смертности*

Число детей, умерших в возрасте до года  
----- x 1000  
Число живорожденных

#### *Показатель младенческой смертности с учетом массы тела*

Число умерших детей среди живорожденных  
с массой тела при рождении 1000 г и более  
----- x 1000  
Число живорожденных с массой тела 1000 г и более

### **5.7.4 Представление данных о причинах перинатальной смертности**

Для статистики перинатальной смертности, максимальную пользу дает полномасштабный анализ по множественным причинам всех указанных состояний. Там, где такой анализ неосуществим, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного (строка (а) свидетельства о перинатальной смерти) и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного (строка (в)), с перекрестной разработкой этих двух состояний. Если необходимо выбрать лишь одно состояние (например, когда нужно включить случаи смерти в раннем неонатальном периоде в таблицы анализа смерти по единичной причине во всех возрастных группах), следует выбирать основное заболевание или состояние плода или новорожденного (строка (а)).

#### *Группировка по возрасту для специальной статистики младенческой смертности*

- (i) по дням в течение первой недели жизни (до 24 ч, 1, 2, 3, 4, 5, 6 дней), 7-13 дней, 14-20 дней, 21-27 дней, от 28 дней до 2 месяцев, но не включительно, далее по месяцам от 2 месяцев до 1 года (2, 3, 4... 11 месяцев);
- (ii) до 24 ч, 1-6 дней, 7-27 дней, от 28 дней до 3 месяцев, но не включительно, 3-5 месяцев, от 6 месяцев до 1 года;
- (iii) до 7 дней, 7-27 дней, от 28 дней до 1 года.

#### *Группировка по возрасту для статистики ранней неонатальной смертности*

- (i) до 1 ч, 1-11 ч, 12-23 ч, 24-47 ч, 48-71 ч, 72-167 ч;
- (ii) до 1 ч, 1-23 ч, 24-167 ч.

## ***Группировка по массе тела при рождении для статистики перинатальной смертности***

По весовым интервалам в 500 г, т. е. 1000-1499 г и т. д.

## ***Группировка по сроку беременности для статистики перинатальной смертности***

До 28 недель (до 196 дней), 28-31 неделя (196-223 дня), 32-36 недель (224-258 дней), 37-41 неделя (259-293 дня), 42 недели и более (294 дня и более).

## **5.8 Стандарты и требования к отчетности, касающейся материнской смертности**

### **5.8.1 Определения**

#### ***Материнская смерть***

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***

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от прямой акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая более чем через 42 дня, но менее чем через 1 год после окончания беременности.

#### ***Смерть, связанная с беременностью (Смерть, произошедшая во время беременности, деторождения и в послеродовом периоде)***

Смерть, связанная с беременностью (смерть, произошедшая во время беременности, деторождения и в послеродовом периоде), определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, независимо от причины (акушерской и не акушерской).

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

1. *Смерть от прямой акушерской причины*: смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т. е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.
2. *Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами*: смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с прямой акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

С целью повышения качества данных о материнской смертности и внедрения альтернативных методов сбора данных о случаях смерти в течение беременности или связанных с нею, а также для улучшения регистрации данных о смерти вследствие акушерских причин, наступившей более чем через 42 дня после окончания беременности,

Сорок третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. приняла рекомендацию, в соответствии с которой страны должны рассмотреть вопрос о включении в свидетельство о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и беременности, имевшей место в течение года, предшествующего смерти.

## 5.8.2 Международная отчетность

Для целей международной отчетности о материнской смертности в расчет различных коэффициентов и показателей следует включать только те случаи смерти матерей, которые произошли до истечения 42 дней после родов, хотя регистрация поздней материнской смертности полезна для аналитических целей на национальном уровне.

## 5.8.3 Публикация показателей материнской смертности

При опубликовании показателей материнской смертности необходимо всегда указывать числитель (число зарегистрированных случаев материнской смерти), который может быть представлен как:

- число зарегистрированных смертей от прямых акушерских причин; или
- число зарегистрированных смертей от акушерских причин (прямых и косвенных).

Следует отметить, что при подсчете показателей материнской смертности, случаи, которые не кодируются рубриками класса XV (О коды) должны быть включены в статистику. К этим случаям относятся рубрики, представленные в примечании «Исключено» в начале класса XV, при условии, что они соответствуют характеристикам, изложенным в разделе 4.2.8 для косвенных акушерских причин.

## 5.8.4 Знаменатели при расчетах показателей материнской смертности

Знаменатели, используемые для расчетов показателей материнской смертности, следует указывать либо в виде числа живорожденных, либо в виде общего числа рожденных (живорожденные плюс мертворожденные). Если в распоряжении имеются оба знаменателя, расчеты следует публиковать по каждому из них.

### *Коэффициенты и показатели*

Результаты следует выражать как отношение числителя к знаменателю, умноженное на **k** (где **k** может быть 1000, 10 000 или 100 000, в зависимости от предпочтений или требований в данной стране). Коэффициенты и показатели материнской смертности могут, таким образом, быть выражены как:

### *Показатель материнской смертности*<sup>1</sup>

Число случаев материнской смерти  
(от прямых и косвенных причин)  
----- x k  
Число живорожденных

### *Коэффициент материнской смертности от прямых акушерских причин*

Число случаев материнской смерти  
только от прямых акушерских причин  
----- x k  
Число живорожденных

<sup>1</sup> Термин «показатель» недостаточно точен, но сохранен в данном контексте ради преемственности.

*Коэффициент материнской смертности от причин, связанных с беременностью, деторождением, и в послеродовом периоде*

Число случаев материнской смерти во время беременности, деторождения и в послеродовом периоде

----- x k

Число живорожденных

## **5.9 Доля случаев смерти, классифицированных по неточно обозначенным причинам**

Наличие высокой доли причин смерти, отнесенных к классу XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», свидетельствует о необходимости проверки или оценки качества представленных в таблицах данных, отнесенных к более конкретным причинам, классифицируемым в других классах.

## **5.10 Заболеваемость**

Существует широкий спектр разнообразных возможных источников информации о заболеваемости. Для анализа на национальном или региональном уровне наиболее удобны те данные, которые позволяют провести некоторые расчеты частоты новых случаев болезней или по крайней мере тех болезней, по поводу которых оказывается медицинская помощь в амбулаторных или стационарных условиях. Именно для данных, касающихся эпизодов оказания медицинской помощи, предназначены в первую очередь формально согласованные рекомендации и определения по регистрации причин заболеваемости и, в соответствующих случаях, по выбору единичного состояния. Другие типы данных требуют разработки местных правил.

Проблемы статистики заболеваемости начинаются с самого определения термина «заболеваемость». Имеется широкий спектр возможностей для совершенствования статистики заболеваемости. Международное сравнение данных о заболеваемости в настоящее время возможно только в очень ограниченной степени и для конкретно определенных целей. Национальную или региональную информацию о заболеваемости следует интерпретировать с учетом ее источника и на основе сведений о качестве данных, надежности диагностики, а также демографических и социально-экономических показателей.

## **5.11 Меры предосторожности в случаях, когда перечни имеют подразделы**

Для тех, кто занимается обработкой данных, может не всегда быть ясно, что некоторые пункты в перечнях для статистических разработок обозначают подразделы, например названия блоков или, в случае четырехзначного перечня МКБ-10, заглавия трехзначных рубрик, а также пункты для названий классов в кратких вариантах перечней для статистической разработки данных о смертности. Эти записи следует оставлять без внимания при подсчете итогов, иначе случаи заболевания могут быть учтены более одного раза.

## **5.12 Проблемы малой популяции**

Величина популяции является одним из факторов, который следует учитывать при определении состояния здоровья популяции на основании данных о смертности и заболеваемости. В странах с небольшой численностью населения ежегодное число случаев

по многим рубрикам кратких перечней может быть очень малым, и будет давать случайные колебания от года к году. Особенно это касается отдельных возрастных и гендерных групп. Эти проблемы могут быть уменьшены с помощью одной или нескольких указанных ниже мер:

- использование или представление более широкой группировки рубрик МКБ, таких как классы;
- обобщение данных за более длительный период, например присоединение данных за предшествующие два года к текущим данным и вычисление «скользящего среднего» значения;
- использование самой широкой группировки по возрасту из рекомендованных в разделах 5.6.1 и 5.7.4.

То, что применимо к небольшим национальным популяциям, справедливо в общих чертах для субнациональных сегментов более крупных групп населения. При исследованиях проблем здравоохранения в популяционных подгруппах необходимо принимать во внимание влияние численности каждой подгруппы на вид используемого анализа. Эту необходимость в основном осознают при проведении выборочных обследований, но часто упускают из виду, когда исследования касаются проблем здоровья отдельных групп населения страны.

### **5.13 «Пустые клетки» и клетки с низкими частотами**

При использовании перечня причин может оказаться, что некоторые клетки в статистических таблицах остаются незаполненными. Когда таких пустых граф в таблице много, имеет смысл опустить эти графы в публикуемых таблицах или при распечатке на компьютере. Когда имеются лишь единичные случаи той или иной болезни в стране, соответствующую графу следует регулярно удалять из публикуемых таблиц, а в специальной сноске указывать, что таких случаев не было или, если единичные случаи имеют место, в какой клетке они отражены.

Для клеток с очень низкой частотой, особенно таких, которые имеют отношение к болезням, возникновение которых не ожидается, важно установить, что эти случаи действительно имели место, а не явились следствием ошибки кодирования или обработки данных. Такую проверку следует проводить в рамках общего контроля качества данных.

### **5.14 Рекомендации**

***Ответственность за заполнение медицинского свидетельства о смерти (см. раздел 5.2)***

Заполнение медицинского свидетельства о причине смерти обычно входит в обязанности лечащего врача. В случае смерти, удостоверенной судебно-медицинской экспертизой или другим работником юридической службы, медицинские данные, предоставленные этому лицу, должны быть отражены в свидетельстве, в дополнение к любым юридическим сведениям.

***Форма медицинского свидетельства о причинах смерти (см. приложение 7.1)***

Медицинское свидетельство о причине смерти должно быть составлено в соответствии с международными рекомендациями (см. приложение 7.1). Сбор статистических данных о перинатальной смертности должен проводиться в соответствии с рекомендациями, приведенными в разделе 4.4.1.

### ***Конфиденциальность медицинской информации (см. раздел 5.2)***

Административные процедуры должны гарантировать конфиденциальность данных, указанных в свидетельстве о смерти или других медицинских документах.

### ***Выбор причины для статистической разработки данных о смертности (см. раздел 4.1.1)***

Причины смерти, которые должны быть зафиксированы в медицинском свидетельстве о причине смерти – это все болезни, патологические состояния или травмы, в результате которых наступила смерть, или которые способствовали ее наступлению, обстоятельства несчастного случая или акта насилия, приведших к травмам. Когда записана только одна причина смерти, именно она и выбирается для статистической разработки. Когда записано более одной причины смерти, выбор должен быть сделан в соответствии с правилами и рекомендациями, приведенными в МКБ.

### ***Использование Международной классификации болезней (см. разделы 2.1, 2.2 и 3.3)***

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или регионах и в разное время. «Сердцевиной» классификации МКБ-10 служит трехзначный код, который является обязательным уровнем кодирования для представления странами информации о смертности в базу данных ВОЗ и для основных международных сравнений. Четырехзначные подрубрики, хотя и не являются обязательными для представления отчетности на международном уровне, рекомендуются для многих целей и составляют неотъемлемую часть МКБ, равно как и специальные перечни для статистической разработки.

Статистика смертности и заболеваемости должна кодироваться в соответствии с Полным перечнем трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик и Алфавитным указателем. Четырехзначные подрубрики при публикации должны соответствовать подрубрикам МКБ. Любые дополнения или изменения должны быть указаны в опубликованных статистических таблицах.

### ***Статистика перинатальной смертности (см. разделы 5.7.2 и 5.7.3)***

Рекомендуется включать в национальную статистику все случаи рождений плодов и детей с массой тела не менее 500 г независимо от того, живые они или мертвые. Если масса тела при рождении неизвестна, следует использовать соответствующие критерии определения срока беременности (22 полные недели) или ориентироваться на длину тела (25 см от верхушки темени до пяток). Критерии для ответа на вопрос, произошел ли данный случай в перинатальный период, нужно применять в следующем порядке; 1) масса тела при рождении, 2) срок беременности, 3) длина тела от верхушки темени до пяток. Включение в национальную статистику данных о плодах и новорожденных с массой тела от 500 до 1000 г рекомендуется потому, что эти данные имеют самостоятельную значимость и, кроме того, повышают полноту информации о плодах и новорожденных с массой тела 1000 г и более.

Не рекомендуется включать в статистику для международного сравнения данные о группе с экстремально низкой массой тела при рождении, так как это снижает достоверность сравниваемой информации. Страны должны также представлять статистические данные, в которых как числитель, так и знаменатель всех показателей и соотношений относятся только к плодам и младенцам с массой тела 1000 г и более (показатели и соотношения с учетом массы тела); когда информация о массе тела при рождении отсутствует, используют соответствующий показатель срока беременности (28 полных недель) или длины тела (35 см от верхушки темени до пяток).



### ***Статистика материнской смертности (см. разделы 5.8.2 и 5.8.3)***

При опубликовании показателей материнской смертности необходимо всегда указывать числитель, который может быть представлен как: число зарегистрированных смертей от прямых акушерских причин или число зарегистрированных смертей от акушерских причин (прямых и косвенных). Для целей международной отчетности о материнской смертности в расчет различных коэффициентов и показателей следует включать только те случаи смерти матерей, которые произошли до истечения 42 дней после родов, хотя регистрация поздней материнской смертности полезна для аналитических целей на национальном уровне.

### ***Статистические таблицы (см. разделы 5.6.1 и 5.7.4)***

Степень детализации при перекрестном классифицировании данных по причине, полу, возрасту и географической территории будет зависеть как от целей и значимости статистических данных, так и от практических ограничений таких разработок. В разделах 5.6.1 и 5.7.4 описаны стандартные способы представления статистических данных, предназначенные для облегчения их международной сопоставимости.

### ***Статистическая разработка данных о причинах смерти (см. разделы 5.6.2 и 5.7.4)***

Статистические данные о причинах смерти, относящиеся к определенной территории, необходимо представлять в соответствии с рекомендациями, содержащимися в разделе 5.6.1. Смерти желательно группировать по полу и возрастным группам согласно этим рекомендациям. Для статистики перинатальной смертности максимальную пользу дает полномасштабный анализ по множественным причинам всех указанных состояний. Там, где такой анализ неосуществим, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного, с перекрестной разработкой этих двух состояний. Если необходимо выбрать лишь одно состояние, следует выбрать основное заболевание или состояние плода или новорожденного.

## 6. История развития МКБ <sup>1</sup>

### 6.1 Ранний период

По мнению сэра Джорджа Книббса (George Knibbs), выдающегося австралийского статистика, Франсуа Босье де Лакруа (Francois Bossier de Lacroix, 1706–1767), более известный под именем Соваж (Sauvages), впервые предпринял попытку систематизировать болезни (29). Обширный труд Соважа вышел под названием «Методика нозологии» (Nosologia Methodica). Современником Соважа был выдающийся естествоиспытатель-систематизатор Карл Линней (1707–1778), один из трудов которого назывался «Роды болезней» (Genera Morborum). В начале XIX века наиболее широко применялась классификация болезней Уильяма Куллена (William Cullen, 1710–1790) из Эдинбурга, которая была опубликована в 1785 г. под названием «Краткий обзор методики нозологии» (Synopsis Nosologiae Methodicae).

Однако статистическое изучение болезней для практических целей началось столетием раньше, когда Джон Граунт (John Graunt) работал над сводками смертности в Лондоне. Он предпринял попытку определить долю живорожденных детей, умерших в возрасте до 6 лет, не располагая сведениями о возрасте детей в момент смерти. Он взял все случаи смерти, определенные как смерть от молочницы, судорог, рахита, болезней зубов и глистных инвазий, от недоношенности, смерть в первый месяц жизни, смерть грудных детей, смерть от увеличения печени, от удушья во сне, и прибавил к ним половину случаев смерти, причиной которых были оспа, «свиная оспа», корь и глистные инвазии, не сопровождавшиеся судорогами. Несмотря на несовершенство такой классификации, Граунт получил, как было установлено позднее, удовлетворительный результат: по его подсчетам, доля детей в возрасте до 6 лет составляла 36 %. Хотя за последующие три столетия научная достоверность классификации болезней повысилась, многие и по сей день сомневаются в пользе попыток составить статистику болезней или даже причин смерти, ссылаясь на трудности их классификации. В связи с этим уместно привести высказывание М. Гринвуд (Major Greenwood): «Ученый-пурист, который будет ждать, пока медицинская статистика не станет достаточно строгой с нозологической точки зрения, вряд ли окажется мудрее, чем Горациев простак, ожидавший, когда река потечет вспять» (30).

К счастью для прогресса профилактической медицины, Управление записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса, созданное в 1837 г., нашло в лице Уильяма Фарра (William Farr, 1807–1883), первого медицинского статистика этого Управления, человека, который не только смог наилучшим образом использовать несовершенные в то время классификации болезней, но и стремился разработать улучшенные их варианты и добиться международного единообразия в их применении.

<sup>1</sup> Большинство материалов, представленных в разделах 6.1–6.3, воспроизведены из введения к Седьмому пересмотру МКБ, в котором прекрасно описана ранняя история развития классификации.

Фарр установил, что общественные службы того времени использовали классификацию Куллена. Эта классификация не пересматривалась, в ней не находили отражения достижения медицинской науки, и Фарр справедливо считал, что в таком виде она не может служить статистическим целям. Поэтому в первом Годовом отчете руководителя Управления (31) он подверг осуждению принципы, которыми следует руководствоваться при составлении статистической классификации болезней, и настаивал на принятии единой классификации, приводя следующие доводы.

Преимущества единой статистической номенклатуры, как бы несовершенна она ни была, настолько очевидны, что вызывает удивление тот факт, что до сих пор не уделялось внимания ее обязательному использованию при составлении сводок о смертности. Во многих случаях болезнь обозначалась тремя или четырьмя терминами, а отдельный термин относился к множеству различных болезней; использовались неясные и неудобные названия, а вместо основной болезни подчас регистрировались осложнения. Для этого раздела деятельности номенклатура так же важна, как вес и мера в физике, поэтому она должна быть введена безотлагательно.

Как номенклатура, так и статистическая классификация постоянно изучались и рассматривались Фарром в его ежегодных «Письмах» руководителю Управления, публиковавшихся в годовых отчетах последнего. Необходимость единой классификации причин смерти осознавалась настолько остро участниками первого Международного статистического конгресса, состоявшегося в Брюсселе в 1853 г., что конгресс обратился к д-ру Фарру и д-ру Марку д'Эспину (Marc d'Espine) из Женевы с просьбой подготовить единую классификацию причин смерти, применимую на международном уровне. На следующем конгрессе, проходившем в Париже в 1855 г., Фарр и д'Эспин представили два отдельных перечня, основанных на совершенно разных принципах. Классификация Фарра состояла из пяти групп: эпидемические болезни, органические (системные) болезни, болезни, подразделявшиеся по анатомической локализации, болезни развития и болезни, являющиеся прямым следствием насилия. Д'Эспин сгруппировал болезни по характеру их проявления (подагрические, герпетические, гематологические и т. д.). Конгресс принял компромиссный перечень, состоявший из 139 рубрик. В 1864 г. эта классификация была пересмотрена в Париже на основе модели, предложенной У. Фарром; следующие пересмотры состоялись в 1874, 1880 и 1886 гг. Хотя эта классификация и не получила всеобщего признания, основные принципы ее построения, предложенные Фарром, в том числе принцип группировки болезней по анатомической локализации, выдержали испытание временем и легли в основу *Международного перечня причин смерти*.

## **6.2 Принятие *Международного перечня причин смерти***

Международный статистический институт, преемник Международного статистического конгресса, на своей сессии, состоявшейся в Вене в 1891 г., поручил комитету под председательством Жака Бертильона (Jacques Bertillon, 1851–1922), начальника Статистической службы Парижа, подготовку классификации причин смерти. Примечательно, что Бертильон был внуком Ахилла Гийера (Achille Guillard), известного ботаника и статистика, который на первом Статистическом конгрессе в 1853 г. представил резолюцию с предложением поручить подготовку единой классификации Фарру и д'Эспину. Бертильон представил отчет этого комитета Международному статистическому институту, который и принял его на сессии, состоявшейся в 1893 г. в Чикаго. Классификация, подготовленная Бертильоном, основывалась на классификации причин смерти, которая использовалась в Париже, и которая после ее пересмотра в 1885 г. представляла собой синтез английского, немецкого и швейцарского вариантов. Эта классификация была основана на принципе, принятом Фарром и заключавшемся в подразделении болезней на системные и относящиеся к определенному органу или анатомической локализации. В соответствии с инструкциями Венского конгресса, выработанными по предложению Л. Гийома (L. Guillaume), директора Федерального

статистического бюро Швейцарии, Бертильон подготовил три классификации: первую, сокращенную классификацию, состоявшую из 44 рубрик, вторую – классификацию с 99 рубриками и третью – классификацию, содержащую 161 рубрику.

*Классификация причин смерти Бертильона*, как назвали ее сначала, получила общее признание и была принята для использования несколькими странами и многими городами. В Северной Америке эта классификация впервые была использована Хесусом Э. Монхарасом (Jesus E. Monjaras) для подготовки статистических данных в Сан-Луис-Потоси, Мексика (32). В 1898 г. Американская ассоциация общественного здравоохранения на своей конференции в Оттаве (Канада) рекомендовала статистикам Канады, Мексики и США принять классификацию Бертильона. Ассоциация также внесла предложение пересматривать классификацию каждые 10 лет.

На сессии Международного статистического института, состоявшейся в Христиании в 1899 г., Бертильон представил отчет о работе над классификацией, включив в него рекомендацию Американской ассоциации общественного здравоохранения о пересмотре классификации каждые 10 лет. В итоге Международный статистический институт принял следующую резолюцию (33):

«Международный статистический институт, убежденный в необходимости использования в разных странах сопоставимых номенклатур:

с удовлетворением отмечает принятие всеми статистическими бюро Северной Америки, некоторыми бюро Южной Америки и Европы системы номенклатуры причин смерти, представленной в 1893 г.;

всячески настаивает на том, чтобы эта система номенклатуры была принята в принципе и без пересмотра всеми статистическими учреждениями Европы;

одобряет, по крайней мере в основных чертах, систему пересмотра классификации каждые 10 лет, предложенную Американской ассоциацией общественного здравоохранения на ее сессии в Оттаве (1898);

настоятельно призывает те статистические бюро, которые еще не приняли эту номенклатуру, сделать это безотлагательно и содействовать повышению сопоставимости номенклатуры причин смерти».

В соответствии с вышеизложенным французское правительство созвало в августе 1900 г. в Париже первую Международную конференцию по пересмотру классификации Бертильона, или *Международного перечня причин смерти*. Эта конференция, на которой присутствовали делегаты 26 стран, 21 августа 1900 г. приняла подробную классификацию причин смерти, состоящую из 179 рубрик, и сокращенную классификацию из 35 рубрик. Предложение о пересмотре классификации каждые 10 лет получило одобрение, было принято решение просить французское правительство созвать следующую конференцию в 1910 г. Фактически она состоялась в 1909 г., а последующие конференции правительство Франции созывало в 1920, 1929 и 1938 гг.

Бертильон продолжал всячески содействовать усовершенствованию *Международного перечня причин смерти*. Пересмотры 1900, 1910 и 1920 гг. проводились под его руководством. В качестве Генерального секретаря Международной конференции он разослал предварительный вариант пересмотра 1920 г. более чем 500 адресатам с просьбой прислать замечания. Его кончина в 1922 г. оставила Международную конференцию без руководителя.

На сессии Международного статистического института, состоявшейся в 1923 г., Мишель Юбер (Michel Huber), преемник Бертильона во Франции, сознавая потребность в руководстве, внес предложение о восстановлении той роли, которую играл Международный статистический институт в 1893 г. в принятии *Международной классификации причин смерти*, и о сотрудничестве с другими международными организациями в подготовке последующих пересмотров. Организация здравоохранения Лиги Наций также проявила большой интерес к вопросам демографической статистики и создала Комиссию экспертов по статистике для изучения классификации болезней и причин смерти, а также других проблем в области медицинской статистики. Э. Ресле (E. Roesle), руководитель службы медицинской статистики Бюро здравоохранения Германии и член Комиссии экспертов по статистике, подготовил монографию, содержащую дополнительные рубрики *Международного перечня причин смерти* 1920 г., которые могли бы понадобиться, если бы эта классификация использовалась при обработке данных статистики заболеваемости. Это детальное исследование было опубликовано в 1928 г. (34) Организацией здравоохранения Лиги Наций. С целью координации работы обеих организаций была создана международная комиссия, известная под названием Смешанной комиссии; в ее состав вошло равное количество представителей Международного статистического института и Организации здравоохранения Лиги Наций. Эта комиссия подготовила проекты предложений по Четвертому (1929) и Пятому (1938) пересмотрам *Международного перечня причин смерти*.

### 6.3 Конференция по Пятому десятилетнему пересмотру

Пятая Международная конференция по пересмотру Международного перечня причин смерти, как и предыдущие конференции, была организована правительством Франции и состоялась в Париже в октябре 1938 г. Эта конференция приняла три перечня: детальный перечень из 200 рубрик, промежуточный перечень из 87 рубрик и краткий перечень из 44 рубрик. За исключением приведения перечней в соответствие с последними достижениями науки, особенно в классе инфекционных и паразитарных болезней, и изменений в классах, относящихся к состояниям, связанным с послеродовым периодом, и к несчастным случаям, конференция внесла минимально возможные изменения в содержание, количество и даже нумерацию рубрик. Также был подготовлен и принят конференцией перечень причин мертворождений.

Что касается классификации болезней для статистики заболеваемости, конференция признала возрастающую значимость соответствующего перечня болезней, чтобы удовлетворить статистические потребности широкого круга разнообразных организаций, таких как организация медицинского страхования, больницы, военные медицинские службы, органы управления здравоохранением и аналогичные учреждения. На конференции была принята следующая резолюция (35):

#### 2. Международные перечни болезней

«Принимая во внимание важность составления международных перечней болезней, соответствующих международным перечням причин смерти:

Конференция рекомендует Объединенному комитету, назначенному Международным статистическим институтом и Организацией здравоохранения Лиги Наций, взять на себя, как в 1929 г., подготовку международных перечней болезней совместно с экспертами и представителями заинтересованных организаций.

До разработки международных перечней болезней Конференция рекомендует, чтобы различные используемые на практике национальные перечни, насколько это возможно, были приведены в соответствие с детализированным Международным

перечнем причин смерти (нумерация классов, заголовки и подзаголовки вышеупомянутого перечня даются в скобках).»

В другой резолюции конференция далее рекомендовала, чтобы правительство Соединенных Штатов Америки продолжило изучение статистической обработки множественных причин смерти (35):

3. Свидетельство о смерти и выбор причины смерти, когда указана более чем одна причина (множественные причины)

«Конференция,

принимая во внимание, что в 1929 г. правительство Соединенных Штатов Америки было так любезно, что предприняло изучение способов унификации методов выбора основной причины смерти, которая должна быть включена в статистическую разработку в тех случаях, когда в свидетельстве о смерти указаны две или более причины,

принимая во внимание, что многочисленные обследования, завершённые или находящиеся в стадии подготовки в некоторых странах, выявили важность этой проблемы, которая все еще не решена,

принимая во внимание, в соответствии с этими обследованиями, что международная сопоставимость показателей смертности от различных болезней требует не только решения проблемы выбора основной причины смерти для статистических разработок, но также решения ряда других вопросов,

1) выражает глубокую благодарность правительству Соединенных Штатов Америки за работу, которую оно провело в связи с этим, или которой оно оказало содействие;

2) просит правительство Соединенных Штатов Америки продолжить исследования в течение последующих 10 лет в сотрудничестве с другими странами и организациями на более широкой основе и

3) предлагает, чтобы для этих будущих исследований правительство Соединенных Штатов Америки учредило подкомитет, в который должны войти представители стран и организаций, участвующих в исследованиях, проводимых в этой связи».

#### **6.4 Предшествующие классификации болезней для статистики заболеваемости**

До сих пор в процессе обсуждения классификация болезней рассматривалась почти исключительно в связи со статистикой причин смерти. Фарр, однако, понимал, что нужно «распространить аналогичную систему номенклатуры на болезни, которые, хотя и не смертельны, но являются причиной нетрудоспособности населения и сейчас фигурируют в таблицах заболеваний в армии, военно-морских силах, в больницах, тюрьмах, домах для умалишенных, в общественных заведениях разного рода, в отчетах о состоянии здоровья населения, а также в переписи населения в странах, подобных Ирландии, где ведется реестр заболеваемости всего населения» (27). Поэтому в свой *Доклад о номенклатуре и статистической классификации болезней*, представленный на втором Международном статистическом конгрессе, он включил в основной перечень болезней большинство тех болезней, которые влияют на здоровье, равно как и болезни, которые приводят к летальному исходу. На четвертом Международном статистическом конгрессе, состоявшемся в Лондоне в 1860 г., Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale) в докладе

*Предложения к единой схеме больничной статистики* настаивала на принятии классификации болезней Фарра для статистического учета больничной заболеваемости.

Параллельная классификация болезней для использования в статистике заболеваемости была принята на первой Международной конференции по пересмотру *Классификации причин смерти Бертильона* в Париже в 1900 г. Параллельный перечень был также принят на второй конференции в 1909 г. Дополнительные разделы для нелетальных болезней были организованы путем подразделения некоторых рубрик классификации причин смерти на две или три группы заболеваний, каждая из которых была обозначена буквой. Перевод на английский язык Второго десятилетнего пересмотра, опубликованного Министерством торговли и труда в 1910 г., был назван *Международная классификация причин болезней и смерти*. При последующих пересмотрах некоторые из этих групп были включены в детализированный *Международный перечень причин смерти*. Четвертая Международная конференция приняла классификацию болезней, которая отличалась от детализированного *Международного перечня причин смерти* только добавлением дополнительных подразделов 12 рубрик. Эти международные классификации болезней, однако, не получили общего одобрения, так как предусматривали только ограниченное расширение основного перечня причин смерти.

В отсутствие унифицированной классификации болезней, которая удовлетворила бы нужды статистики заболеваемости, многие страны сочли необходимым подготовить свои собственные перечни. Стандартизованный кодированный перечень для изучения заболеваемости был подготовлен Советом по здравоохранению Доминиона Канада и опубликован в 1936 г. Основные разделы этого кодированного перечня представляли собой восемнадцать классов пересмотра 1929 г. *Международного перечня причин смерти*, которые, в свою очередь, были подразделены на 380 конкретных групп болезней. На пятой Международной конференции в 1938 г. канадская делегация представила на рассмотрение модификацию этого перечня как основу для международного перечня причин заболеваемости. Хотя никаких мероприятий в связи с этим предложением проведено не было, конференция приняла резолюцию, приведенную выше.

В 1944 г. предварительные классификации болезней и травм были опубликованы как в Соединенном Королевстве, так и в Соединенных Штатах Америки с целью использования при статистической разработке данных о заболеваемости. Обе классификации были более обширны, чем Канадский перечень, но, подобно ему, следовали основному порядку болезней в *Международном перечне причин смерти*. Британская классификация была подготовлена и создана в январе 1942 г. Комитетом по статистике больничной заболеваемости Совета медицинских исследований. Она называлась *Предварительная классификация болезней и травм для использования при изучении статистики заболеваемости (36)*. Эта классификация была подготовлена с целью создания схемы сбора и статистического учета данных о пациентах, поступивших в больницы Соединенного Королевства, на основе применения стандартной классификации болезней и травм и широко использовалась в Великобритании правительственными и другими учреждениями.

Несколькими годами ранее, в августе 1940 г., главный хирург Службы национального здравоохранения Соединенных Штатов Америки и директор Бюро переписи населения Соединенных Штатов Америки опубликовали перечень болезней и травм для статистической разработки данных о заболеваемости (37). Стандартный кодированный перечень был подготовлен Отделом методологии общественного здравоохранения Службы общественного здравоохранения совместно с комитетом консультантов, назначенных Главным хирургом. В 1944 г. было опубликовано *Руководство по кодированию причин заболеваемости в соответствии со стандартизованным кодированным перечнем диагнозов для статистической разработки данных о заболеваемости*, состоящее из кодированного перечня диагнозов, перечня включений и алфавитного указателя. Стандартный кодированный перечень использовался в некоторых больничных

учреждениях, при планировании работы в большом числе больниц добровольного страхования и системы медицинской помощи, а также в специальных исследованиях, проводимых другими учреждениями Соединенных Штатов Америки.

## **6.5 Комитет Соединенных Штатов Америки по множественным причинам смерти**

В соответствии с резолюцией пятой Международной конференции Государственный секретарь США в 1945 г. учредил Комитет США по множественным причинам смерти под председательством Лоуэлла Рида (Lowell J. Reed), профессора биостатистики Университета Джонса Хопкинса. В число членов и консультантов этого комитета входили представители правительств Канады и Соединенного Королевства, а также Секции здравоохранения Лиги Наций. Комитет признал основное направление концепции развития перечней для статистической разработки данных о заболеваемости и смертности и принял решение, что, прежде чем браться за множественные причины, было бы полезно рассмотреть классификацию с точки зрения заболеваемости и смертности, поскольку проблема множественных причин имеет отношение к обоим типам статистики.

Комитет также принял во внимание ту часть резолюции по Международному перечню болезней предшествовавшей Международной конференции, в которой было рекомендовано, чтобы «различные используемые на практике национальные перечни в максимальной степени были приведены в соответствие с детализированным Международным перечнем причин смерти». Комитет признал, что классификация болезней и травм тесно связана с классификацией причин смерти. Мнение, что такие перечни фундаментально отличаются друг от друга, проистекает из ошибочного представления, что *Международный перечень* является классификацией терминальных причин, в то время как в действительности он основан на болезненном состоянии, порождающем цепь событий, которые в конечном итоге приводят к смерти. Комитет пришел к заключению, что, для того чтобы полнее использовать статистические разработки как заболеваемости, так и смертности, классификация болезней должна быть не только сравнимой для обеих целей, но и, если возможно, должен быть единый перечень.

Кроме того, все большее число статистических организаций использовали медицинскую документацию, включавшую данные как о заболеваниях, так и о случаях смерти. Даже в организациях, которые разрабатывали только статистику заболеваемости, в документах должны были кодироваться как случаи со смертельным исходом, так и без него. Единый перечень, таким образом, значительно облегчал операции по кодированию. Он также служил общей базой для сравнения статистики заболеваемости и смертности.

Поэтому был учрежден подкомитет, который подготовил проект предлагаемой *Статистической классификации болезней, травм и причин смерти*. Окончательный проект был принят комитетом после того, как он был модифицирован на основе апробации, проведенной различными службами в Канаде, Великобритании и Соединенных Штатах Америки.

## **6.6 Шестой пересмотр *Международных перечней причин смерти***

Международная конференция по здравоохранению, состоявшаяся в Нью-Йорке в июне-июле 1946 г. (38), возложила на Временную комиссию Всемирной организации здравоохранения ответственность за пересмотр существующего механизма и проведение такой подготовительной работы, которая может быть необходима в связи:



- (i) со следующим десятилетним пересмотром Международных перечней причин смерти (включая перечни, принятые в соответствии с международным соглашением 1934 г. относительно статистики причин смерти); и
- (ii) с созданием Международных перечней причин заболеваемости.

С целью выполнения этого поручения Временная комиссия утвердила Комитет экспертов по подготовке Шестого десятилетнего пересмотра Международных перечней болезней и причин смерти.

Комитет, учтя весь спектр точек зрения, касающихся классификации заболеваемости и смертности, осуществил обзор и анализ вышеупомянутых предложенных классификаций, которые были подготовлены Комитетом США по множественным причинам смерти.

Классификация, явившаяся результатом этой работы, была разслана национальным правительствам для замечаний и дополнений под названием *Международная классификация болезней, травм и причин смерти*. Комитет экспертов рассмотрел полученные ответы и подготовил отредактированную версию, включившую и такие изменения, которые делали классификацию более полезной и удобной. Комитет также разработал перечень диагностических терминов, которые были даны под каждым заголовком в классификации. Кроме того, был создан специальный подкомитет по подготовке всеобъемлющего алфавитного указателя формулировок диагнозов, классифицированных в соответствующих рубриках классификации.

Комитет также рассмотрел структуру и области применения специальных перечней причин для статистических разработок и публикаций данных о заболеваемости и смертности и изучил другие проблемы, относящиеся к международной сопоставимости статистики смертности, такие как форма свидетельства о смерти и правила классификации.

Международная конференция по Шестому пересмотру Международных перечней болезней и причин смерти была созвана правительством Франции и проходила в Париже с 26 по 30 апреля 1948 г. в соответствии с положениями соглашения, подписанного при завершении конференции по Пятому пересмотру в 1938 г. Секретариат конференции был создан компетентными французскими властями и Всемирной организацией здравоохранения. Секретариат провел подготовительную работу в соответствии с соглашением, заключенным правительствами стран, представленных на Международной конференции по здравоохранению в 1946 г. (38).

Конференция приняла классификацию, подготовленную Комитетом экспертов, в качестве шестого пересмотра *Международных перечней болезней и причин смерти* (38). Она также рассмотрела другие предложения комитета экспертов, касающиеся сбора данных, статистических разработок и публикации статистических данных о заболеваемости и смертности. Конференция одобрила *Международную форму медицинского свидетельства о причине смерти*, приняла подход, согласно которому первоначальная причина смерти является основной причиной, используемой для статистических разработок, и утвердила правила выбора первоначальной причины смерти, а также специальные перечни для статистических разработок данных о заболеваемости и смертности. Конференция, кроме того, рекомендовала, чтобы Всемирная ассамблея здравоохранения приняла правила согласно статье 21, пункту b Устава ВОЗ (39), которыми государства-члены ВОЗ, должны руководствоваться при сборе и обработке статистической информации по заболеваемости и смертности в соответствии с *Международной статистической классификацией*.

В 1948 г. Первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила отчет конференции по Шестому пересмотру и приняла Инструкцию № 1 Всемирной организации здравоохранения, подготовленную на основе рекомендаций конференции. *Международная*

классификация с полным перечнем включенных рубрик и их содержанием была введена вместе с *Формой медицинского свидетельства о причине смерти*, правилами классификации и специальными перечнями для статистических разработок в *Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти* (Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death) (41). Это Руководство состояло из двух томов. Том 2 представлял собой алфавитный указатель диагностических терминов, кодируемых соответствующими рубриками. Международная конференция по Шестому пересмотру положила начало новой эре в области международной демографической и санитарной статистики. Помимо одобрения обширного перечня для статистического изучения заболеваемости и смертности и согласования международных правил выбора первоначальной причины смерти, Конференция рекомендовала принять Всестороннюю программу международного сотрудничества в области демографической и санитарной статистики. Важным пунктом этой программы была рекомендация правительствам создать национальные комитеты по демографической и санитарной статистике для координации деятельности в этой области на национальном уровне и для работы в качестве связующего звена между национальными статистическими организациями и Всемирной организацией здравоохранения. Кроме того, предусматривалось, что такие национальные комитеты будут самостоятельно или в сотрудничестве с другими национальными комитетами изучать важные статистические проблемы здоровья в общенациональном масштабе и представлять результаты этих исследований во Всемирную организацию здравоохранения.

## **6.7 Седьмой и Восьмой пересмотры**

Международная конференция по Седьмому пересмотру Международной классификации болезней (МКБ) состоялась в феврале 1955 г. (41) в Париже под эгидой ВОЗ. В соответствии с рекомендацией Комитета экспертов ВОЗ по санитарной статистике при этом пересмотре были лишь внесены необходимые изменения, исправлены ошибки и устранены несоответствия (42).

Конференция по Восьмому пересмотру, созданная ВОЗ, состоялась в Женеве 6-12 июля 1965 г. (43). Этот пересмотр был более радикальным, чем Седьмой, но оставил нетронутой базовую структуру классификации и, насколько возможно, общий принцип группировки болезней, преимущественно в соответствии с их этиологией, а не конкретными проявлениями.

В течение тех лет, когда действовали Седьмой и Восьмой пересмотры МКБ, использование МКБ для составления указателя больничной медицинской документации быстро расширилось, и некоторые страны подготовили национальные версии, которые представляли дополнительную детализацию, необходимую для применения МКБ.

## **6.8 Девятый пересмотр**

Международная конференция по Девятому пересмотру Международной классификации болезней, организованная ВОЗ, проходила в Женеве с 30 сентября по 6 октября 1975 г. (44). В ходе обсуждений, состоявшихся на конференции, прежде всего было решено, что следует вводить минимальные изменения, кроме имеющих отношение к обновлению классификации. Это было вызвано в основном расходами, требующимися на адаптацию систем автоматизированной обработки данных всякий раз, когда пересматривалась классификация. Отмечался огромный рост интереса к МКБ, и необходимо было найти адекватный ответ на этот интерес, частично с помощью модификации самой классификации и частично путем введения специальных правил кодирования. На конференции был сделан ряд докладов специалистами организаций, которые заинтересовались использованием МКБ для собственных статистических нужд. Некоторые

тематические разделы классификации были признаны неприемлемыми для использования, и было оказано значительное давление в отношении большей детализации и приспособления классификации к тому, чтобы сделать ее более удобной для оценки медицинской помощи путем классифицирования состояний скорее в классах, относящихся к пораженным областям тела, чем в классах, имеющих отношение к основным системным болезням. На другой стороне спектра мнений были сообщения представителей тех стран и регионов, для которых детализированная и сложная классификация была неприемлема, но которые тем не менее нуждались в классификации, основанной на МКБ, для того, чтобы оценить свои достижения в здравоохранении и в борьбе с болезнями.

В соответствии с окончательными предложениями, представленными и принятыми конференцией, была сохранена базовая структура МКБ, хотя и дополненная многими деталями на уровне четырехзначных подрубрик и некоторых факультативных пятизначных подрубрик. Для удобства пользователей, не нуждавшихся в такой детализации, были приняты меры, чтобы обеспечить значимость классификации на трехзначном уровне.

Для удобства пользователей, желающих представлять статистические данные и алфавитные указатели, ориентированные на медицинскую помощь, в Девятый пересмотр был введен факультативный альтернативный метод классификации диагностических формулировок, включающий информацию как об общем основном заболевании, так и о его проявлении в конкретных органах или областях организма. Эта система получила известность как система кодирования «крестик» и «звездочка», и она была сохранена в Десятом пересмотре. Некоторое число других технических нововведений было включено в Девятый пересмотр классификации для придания ей большей гибкости при использовании в различных ситуациях.

Двадцать девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, отмечая рекомендации Международной конференции по Девятому пересмотру Международной классификации болезней, одобрила публикацию в целях испытания дополнительных классификаций нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности и классификации процедур в медицине в качестве приложений к *Международной классификации болезней*, а не в качестве ее составной части. Конференция также приняла рекомендации по ряду связанных методических вопросов: были внесены некоторые исправления в правила кодирования смертности и впервые введены правила выбора единичного состояния для статистических разработок данных о заболеваемости; были уточнены и расширены определения и рекомендации по статистике в области перинатальной смертности, и была рекомендована форма свидетельства о причине перинатальной смерти. Кроме того, странам было рекомендовано и далее проводить работу по кодированию множественных состояний и их анализу, но не были сформулированы официальные методы; и, наконец, был создан новый основной перечень для статистических разработок.

## **6.9 Подготовка Десятого пересмотра**

Еще до конференции по Девятому пересмотру Всемирная организация здравоохранения начала подготовку Десятого пересмотра. Было ясно, что расширяющееся использование МКБ делало необходимым переосмысление ее структуры и осуществление попытки создать стабильную и гибкую классификацию, которая не требовала бы фундаментального пересмотра в течение многих последующих лет. Сотрудничающие центры ВОЗ по классификации болезней (см. том 1) вследствие этого были вынуждены провести эксперимент с вариантами альтернативных структур для МКБ-10.

К тому же стало ясно, что установленный десятилетний интервал между пересмотрами слишком короток. При таком порядке работу по проведению пересмотра приходилось начинать не дожидаясь, пока текущая версия МКБ будет всесторонне изучена и оценена. Основной причиной этого была необходимость консультирования со многими странами и

организациями, что делало процесс подготовки очень длительным. Поэтому Генеральный директор ВОЗ обратился к государствам-членам и получил их согласие отложить до 1989 г. конференцию по Десятому пересмотру, которая первоначально была назначена на 1985 г., а также отложить введение Десятого пересмотра, которое должно было состояться в 1989 г. Это позволило не только провести полевые испытания альтернативных моделей структуры МКБ, но и дало время для оценки МКБ-9, например, благодаря совещаниям, организованным некоторыми региональными организациями ВОЗ, и обследованиям, организованным штаб-квартирой.

Расширенная программа последующей работы, кульминацией которой стало создание Десятого пересмотра МКБ, отражена в *Отчете Международной конференции по Десятому пересмотру Международной классификации болезней*, который воспроизведен в томе 1.

## 7. Приложения

### 7.1 Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти

#### 7.1.1 Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти

В свидетельство можно вносить дополнительные данные, которые могут потребоваться в соответствии с принятой в странах системой отчетности. Эти данные не должны заменять информацию, приведенную ниже.

Административная информация (может быть дополнительно уточнена в каждой стране)																	
Пол	<input type="checkbox"/> Женский			<input type="checkbox"/> Мужской			<input type="checkbox"/> Неизвестен										
Дата рождения	Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г	Дата смерти	Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
БЛОК А: ► Медицинская информация: Часть 1 и Часть 2																	
1. Укажите на строке «а» заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти  Укажите причинно-следственную цепь событий (при ее наличии)  Укажите первоначальную причину смерти на самой нижней используемой строке	<input type="checkbox"/> Причина смерти			<input type="checkbox"/> Период времени между началом патологического процесса и смертью													
	а																
	б	Вследствие:															
	в	Вследствие:															
г	Вследствие:																
2. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти (в скобках после состояния можно указать период времени)																	
БЛОК Б: ► Прочая медицинская информация																	
Проводилось ли хирургическое вмешательство в течение последних 4-х недель?	<input type="checkbox"/> Да			<input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Неизвестно										
Если да, укажите дату хирургического вмешательства	Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г									
Если да, уточните причину хирургического вмешательства (заболевание или состояние)																	
Запрашивалось ли проведение вскрытия?	<input type="checkbox"/> Да			<input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Неизвестно										
Если да, использовались ли результаты вскрытия при удостоверении смерти?	<input type="checkbox"/> Да			<input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Неизвестно										
► Род смерти:																	
<input type="checkbox"/> Заболевание			<input type="checkbox"/> Нападение			<input type="checkbox"/> Род смерти не установлен											
<input type="checkbox"/> Несчастный случай			<input type="checkbox"/> Действия, предусмотренные законом			<input type="checkbox"/> Подлежит расследованию											
<input type="checkbox"/> Преднамеренное самоповреждение			<input type="checkbox"/> Военные операции			<input type="checkbox"/> Неизвестно											
В случае внешней причины или отравления:								Дата травмы	Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г	
Опишите, как возникла внешняя причина (если было отравление, уточните отравляющее вещество)																	
► Место происшествия:																	
<input type="checkbox"/> Дома		<input type="checkbox"/> Учреждение для проживания			<input type="checkbox"/> Школа, другое учреждение, общественная административная зона			<input type="checkbox"/> Площадка для занятий спортом и спортивных соревнований									
<input type="checkbox"/> Улица или автомагистраль		<input type="checkbox"/> Зона торговли и обслуживания			<input type="checkbox"/> Производственная и строительная зона			<input type="checkbox"/> Ферма									
<input type="checkbox"/> Другое место (следует уточнить):								<input type="checkbox"/> Неизвестно									
► Смерть плода или новорожденного																	
Многоплодная беременность		<input type="checkbox"/> Да			<input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Неизвестно									
Мертворожденный?		<input type="checkbox"/> Да			<input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Неизвестно									
Если смерть наступила в течение 24 часов после рождения, укажите число прожитых часов								Масса тела при рождении (в граммах)									
Число полных недель беременности								Возраст матери (лет)									
Если смерть наступила в перинатальном периоде, укажите состояния матери, оказавшие влияние на плод и новорожденного																	
► Касается женщин: была ли умершая беременной?								<input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Неизвестно					
<input type="checkbox"/> Смерть наступила в период беременности								<input type="checkbox"/> Смерть наступила в течение 42 дней после окончания беременности									
<input type="checkbox"/> Смерть наступила в течение 43-365 дней после окончания беременности								<input type="checkbox"/> Неизвестно									
Способствовала ли беременность наступлению смерти?								<input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Неизвестно					

## 7.1.2 Причины смерти в медицинском свидетельстве о смерти в соответствии с МКБ-10 – Краткое справочное руководство



Всемирная организация  
здравоохранения

### **Причины смерти** **В** **медицинском свидетельстве о смерти** **в соответствии с МКБ-10**

Краткое справочное руководство

Информация о причине смерти служит целям

- эпидемиологии и профилактики
- организации медико-санитарной помощи
- сравнения состояния здоровья в различных группах населения

Заполнение медицинского свидетельства о смерти – это один из первых шагов в получении общего представления о состоянии здоровья людей.

Заболевания или состояния, указанные в свидетельстве о смерти, представляют собой наиболее квалифицированное медицинское заключение.

Правильно заполненное медицинское свидетельство о причине смерти содержит описание последовательности, вида и взаимосвязи событий, приведших к смерти.

Диагнозам, указанным в медицинском свидетельстве о смерти, присваиваются коды в соответствии с Международной классификацией болезней Десятого пересмотра. Эти кодированные данные анализируются и используются как в стране, так и на международном уровне независимо от того, на каком языке было заполнено медицинское свидетельство о смерти.

## Причина смерти в свидетельстве: как его заполнять?

**Блок А:** В большинстве стран свидетельства о смерти могут выглядеть по-разному. Но раздел, касающийся причины смерти, во всем мире одинаков.

Блок А состоит из двух частей, которые называются Часть 1 и Часть 2, а также содержит раздел для записи периода времени между началом каждого патологического процесса и датой смерти.

**Часть 1** используется для записи заболеваний или состояний, которые являются частью **последовательности событий**, непосредственно приведших к смерти.

Непосредственная (прямая) причина смерти записывается на первой строке, 1(a).

Строка 1(a) всегда должна быть заполнена.

Запись на строке 1(a) может быть единственным состоянием, указанным в Части 1 свидетельства.

В тех случаях, когда имеется **два или более состояний**, которые составляют часть последовательности событий, непосредственно приведших к смерти, каждое событие в этой последовательности должно быть записано на отдельной строке. В любом случае вы должны записать заболевание, травму или внешнюю причину, которые привели к смерти. Не нужно записывать **механизм смерти**, например, остановка сердца, дыхательная или сердечная недостаточность. Постарайтесь быть максимально конкретными. Писать «**Неизвестная**» причина смерти следует только в тех случаях, когда тщательно проведенное обследование или патологоанатомическое вскрытие не позволяют определить причину смерти. Запись «Неизвестная» лучше, чем любые предположения относительно возможной причины смерти. Все термины всегда пишутся полностью. **Сокращения** могут интерпретироваться по-разному. Такие термины, как «предполагаемый (ая)» или «возможный (ая)» при оценке записей игнорируются. Например, «подозрение на сахарный диабет» будет интерпретироваться как «Сахарный диабет». На четырех строках может не оказаться достаточно места для записи всей цепи событий. Не занимайте зря место **ненужными словами**. Некоторые клинические термины очень расплывчаты. Например, термин «опухоль» не уточняет ее характер (см. также последнюю страницу этой информационной листовки).

**Продолжительность** – это период времени между началом каждого состояния, которое записывается в свидетельство (но не временем диагностирования данного состояния), и датой смерти. Информация о продолжительности полезна при кодировании некоторых заболеваний, а также служит ценным средством проверки порядка указываемой последовательности состояний.

**Часть 2** используется для записи состояний, которые не относятся к Части 1, но наличие которых способствовало наступлению смерти.

**Блок Б:** Нередко в Частях 1 и 2 (Блок А) забывают указать некоторые подробности. Задаваемые отдельно конкретные вопросы предназначены для выяснения таких подробностей, как проведенное ранее хирургическое вмешательство, механизм смерти или место происшествия. В данной информационной листовке Блок Б не показан.

## Причина смерти в свидетельстве: пошаговая инструкция

**Начинайте** на строке 1(а) с непосредственной (прямой) причины смерти, затем возвращайтесь назад по времени к предшествующим состояниям до тех пор, пока не дойдете до того состояния, с которого началась последовательность событий. Так вы очень близко подойдете к тому времени, когда пациент был здоров.

**Таким образом**, вы уже должны были указать на самой нижней используемой вами строке первоначальную, или исходную причину смерти, и последовательность событий ведет от первоначальной причины до непосредственной (прямой) причины, указанной на первой строке 1(а).

**Наконец**, укажите период времени между началом каждого состояния, записанного в свидетельстве, и датой смерти. Когда время или дата начала патологического процесса неизвестны, следует записать наиболее точную оценку этого времени или даты. Укажите единицу времени (минуты, часы, дни, недели, месяцы, годы).

### Пример

1	Причина смерти*		Период времени между началом патологического процесса и смертью
	а	Непосредственная причина смерти	
Укажите на строке «а» заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	а	Непосредственная причина смерти <b>Кровоизлияние в мозг</b>	<b>4 часа</b>
Укажите причинно-следственную цепь событий (при ее наличии)	б	Вследствие <b>Метастазы в головной мозг</b>	<b>4 месяца</b>
Укажите первоначальную причину смерти на самой нижней используемой строке	в	Вследствие <b>Рак молочной железы</b>	<b>5 лет</b>
	г	Вследствие	
<b>2</b> Прочие важные состояния, способствовавшие смерти (в скобках после состояния можно указать временной интервал)	<b>Артериальная гипертензия (3 года); Сахарный диабет (10 лет)</b>		

*\*Это не означает механизм смерти, например, сердечная или дыхательная недостаточность. Это означает заболевание, травму или осложнение, которые привели к смерти.*

- **Пишите разборчиво** и не используйте сокращения.
- Убедитесь, что вносимая информация является **полной**.
- **Не стройте предположений** в отношении причины смерти.
- Не вносите результаты лабораторных исследований или формулировки типа «установлено лабораторно».  
(в форме могут быть предусмотрены отдельные поля для информации такого рода)
- **Одного состояния на строке** должно быть достаточно.



## Часто используемые неточно обозначенные термины

<b>Алкоголь, наркотики</b>	Уточните <b>потребление</b> : длительное или разовое, зависимость
<b>Гепатит</b>	Уточните <b>течение, этиологию</b> : острый или хронический
<b>Деменция</b>	Уточните <b>причину</b> : болезнь Альцгеймера, инфаркт, преклонный возраст, другое
<b>Инфаркт</b>	Уточните <b>локализацию</b> : миокард, головной мозг ... Уточните <b>причину</b> : артериосклеротический, тромботический, эмболический ...
<b>Инфекция</b>	Уточните: первичная или вторичная, <b>возбудитель</b> Если <b>первичная</b> : уточните бактериальная или вирусная Если <b>вторичная</b> : укажите первичную инфекцию
<b>Инфекция мочевыводящих путей</b>	Уточните: <b>локализация</b> в мочевыводящих путях, <b>возбудитель</b> , первоначальная <b>причина</b> инфекции Если вызвана <b>неподвижностью</b> пациента: уточните причину неподвижности
<b>Легочная эмболия</b>	Уточните <b>причину</b> : причина эмболии Если <b>после хирургического вмешательства или в результате неподвижности</b> пациента: <b>уточните заболевание</b> , вызвавшее необходимость хирургического вмешательства или неподвижность
<b>Лейкоз</b>	Уточните: острый, подострый, хронический лимфоцитарный, миелоидный, моноцитарный
<b>Несчастный случай</b>	Уточните <b>обстоятельства</b> Уточните <b>намерение</b> , например, автомобильная авария, суицид или нападение Уточните <b>место</b> происшествия
<b>Опухоль</b>	Уточните: характер, локализация, метастазы
<b>Осложнение после хирургического вмешательства</b>	Уточните <b>заболевание</b> : заболевание, вызвавшее необходимость хирургического вмешательства
<b>Пневмония</b>	Уточните: первичная, аспирационная; <b>причина</b> , возбудитель Если вызвана <b>неподвижностью</b> пациента: уточните причину неподвижности
<b>Почечная недостаточность</b>	Уточните: острая, хроническая или терминальная, первоначальная <b>причина</b> недостаточности, например, артериосклероз или инфекция Если вызвана <b>неподвижностью</b> пациента: уточните причину неподвижности
<b>Тромбоз</b>	Уточните: артериальный или венозный Уточните: кровеносный <b>сосуд</b> Если <b>после хирургического вмешательства или в результате неподвижности</b> пациента: уточните заболевание, вызвавшее необходимость хирургического вмешательства или неподвижность

### 7.1.3 Предлагаемые дополнительные сведения о перинатальной смертности (мертворождения и живорожденные младенцы, умершие в течение 168 часов [1 неделя] после рождения)

<b>Идентификационные данные</b>													
Ребенок родился живым				Д	Д	М	М	Г	Г	в чч:мм	часы		
Роды мертвым плодом				Д	Д	М	М	Г	Г	в чч:мм	часы		
Смерть наступила		<input type="checkbox"/> До начала родов		<input type="checkbox"/> Во время родов				<input type="checkbox"/> Неизвестно					
<b>Мать</b>													
Дата рождения			Д	Д	М	М	Г	Г					
<b>Число предыдущих беременностей</b>				<b>Дата последней беременности</b>				Д	Д	М	М	Г	Г
Живорождение _____				<b>Исход последней из предыдущих беременностей</b> <input type="checkbox"/> Живорождение <input type="checkbox"/> Мертворождение <input type="checkbox"/> Аборт									
Мертворождение _____													
Аборт _____													
<b>1-й день последней менструации</b>				Д	Д	М	М	Г	Г				
<b>Родоразрешение</b>				<b>Дородовое наблюдение, два или более двух посещений</b>									
<input type="checkbox"/> Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании				<input type="checkbox"/> Да									
<input type="checkbox"/> Другое (уточнить) _____				<input type="checkbox"/> нет									
				<input type="checkbox"/> Неизвестно									
<b>Лицо, принимавшее роды</b>													
<input type="checkbox"/> Врач				<input type="checkbox"/> Другое квалифицированное лицо (уточнить) _____									
<input type="checkbox"/> Квалифицированная акушерка				<input type="checkbox"/> Другое (уточнить) _____									
<b>Ребенок</b>													
<input type="checkbox"/> Один ребенок				<input type="checkbox"/> Второй ребенок при многоплодных родах									
<input type="checkbox"/> Первый ребенок при многоплодных родах				<input type="checkbox"/> Другой ребенок при многоплодных родах (уточнить) _____									

## 7.2 Перечень состояний, которые следует рассматривать как прямые следствия хирургического вмешательства и других инвазивных медицинских процедур

Перечень в этом разделе содержит состояния, которые могут развиваться как осложнения хирургического вмешательства или других инвазивных медицинских процедур. Это не означает, что состояния из перечня всегда следует рассматривать как осложнения. При этом применяются следующие ограничения:

- Не следует рассматривать состояние, включенное в перечень, как осложнение хирургического вмешательства или инвазивной медицинской процедуры, если вмешательство или процедура были проведены более чем за четыре недели до наступления смерти.
- Не следует рассматривать состояние, включенное в перечень, как осложнение хирургического вмешательства или инвазивной процедуры, если есть доказательства того, что данное состояние присутствовало у пациента до проведения вмешательства или процедуры.
- Не следует рассматривать состояние, помеченное как «ДППП» («другая причина потребовавшейся процедуры»), как осложнение хирургического вмешательства или инвазивной процедуры, за исключением тех случаев, когда в свидетельстве указано другое состояние той же локализации, которое лечилось хирургическим путем или с помощью какой-либо другой инвазивной процедуры.
- Не следует рассматривать состояние, помеченное как «ПУПП» («продолжительность указана, развилось после процедуры»), как осложнение, если нет четких доказательств того, что состояние развилось после проведения хирургического вмешательства или инвазивной процедуры.
- Обратите внимание, что спаечные процессы в месте проведения хирургического вмешательства или инвазивной процедуры считаются осложнениями, даже по прошествии более четырех недель с момента вмешательства или процедуры. Если процедура проводилась более чем за год до смерти, используйте коды последствий оказания медицинской помощи.

### 7.2.1 Перечень состояний, которые следует рассматривать как очевидные следствия хирургического вмешательства

Инфекции	Пометка
Абсцесс	ДППП
Бактериемия	
Свищ	ДППП, и только для процедуры в той же локализации или области
Газовая гангрена	
Инфекция, гемолитическая	
Инфекция БДУ	ПУПП
Инфекция в хирургической ране	
Сепсис	
Септический	
Кровотечение, гемолиз	Пометка
Коагулопатия потребления	
Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС)	
Кровотечение БДУ	
Кровотечение, желудочно-кишечное	ДППП

<b>Кровотечение, гемолиз</b>	<b>Пометка</b>
Кровотечение, внутрибрюшное	ДППП
Кровотечение, прямокишечное	ДППП
Кровотечение, из хирургической раны	
Кровотечение, уточненной локализации	Только для процедуры в той же локализации или области
Кровавая рвота	ДППП
Гематома	ДППП
Гемоторакс	ДППП
Гемолиз	
Мелена	ДППП
<b>Кардиальные осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Остановка сердца	
Аритмия БДУ	ПУПП
Асистолия	
Блокада сердца	ПУПП
Недостаточность, сердечная	
Фибрилляция предсердий	ПУПП
Фибрилляция желудочков	
Инфаркт (миокарда)	
Ишемия миокарда (острая)	
Разрыв миокарда	
<b>Цереброваскулярные и другие церебральные осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Апоплексия	ПУПП
Повреждение головного мозга (аноксическое)	ПУПП
Эмболия сосудов головного мозга	ПУПП
Кровоизлияние в мозг / внутричерепное	ПУПП
Инфаркт головного мозга	ПУПП
Ишемия головного мозга / цереброваскулярная	ПУПП
Поражение головного мозга / цереброваскулярное	ПУПП
Менингит	ПУПП
Отек головного мозга	ПУПП
Инсульт	ПУПП
Тромбоз сосудов головного мозга	ПУПП
<b>Другие сосудистые осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Остановка кровообращения	
Эмболия (артериальная)	
Эмболия, жировая / воздушная	
Эмболия, легочная	
Эмболия, венозная	
Нарушение / недостаточность кровообращения	
Гипотония	
Инфаркт легкого	
Инфаркт (любой локализации)	
Закупорка (любой локализации)	
Флебит (любой локализации)	
Флеботромбоз (любой локализации)	
Тромбофлебит (любой локализации)	
Тромбоз, артериальный	
Тромбоз, венозный	
Тромбоз БДУ (любой локализации)	
<b>Респираторные осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Острый респираторный дистресс-синдром у взрослых (ОРДС)	
Алкалоз и ацидоз, респираторный	
Остановка дыхания	

<b>Респираторные осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Аспирация	
Ателектаз	
Бронхит	ПУПП
Выпот в плевральную полость	
Эмпиема	ДППП
Свищ, бронхоплевральный или пищеводный	ДППП
Недостаточность, легочная	
Недостаточность, дыхательная	
Медиастинит	
Нарушение проходимости верхних дыхательных путей	ДППП
Отек гортани	ДППП
Отек / застой легочный	
Пневмония	
Пневмоторакс	ДППП
<b>Желудочно-кишечные осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Абсцесс, внутрибрюшной	ДППП
Запор	ДППП
Расширение желудка	ДППП
Расстройство сосудистое, желудочно-кишечное	ДППП
Эмболия мезентериальных сосудов	ДППП
Недостаточность, печеночная	ПУПП
Свищ, желчный / кишечный / прямокишечно-влагалищный	ДППП
Кишечная непроходимость	ДППП
Ишемия кишечника	ДППП
Некроз желудочно-кишечный	ДППП
Закупорка кишечника (механическая)	ДППП
Перитонит	ДППП
Язва желудочно-кишечная (стрессовая)	ДППП
Заворот кишок	ДППП
<b>Осложнения со стороны почек и мочевыводящих путей</b>	<b>Пометка</b>
Анурия	
Недостаточность, почечная	
Мочевой свищ	ДППП
Инфекция мочевыводящих путей	
Пиелонефрит	ПУПП
Задержка мочи	
Стриктура уретры	ДППП
Уремия	
Уросепсис	
<b>Другие осложнения</b>	<b>Пометка</b>
Спайки	Только для процедуры в той же локализации или области
Футлярный синдром	ДППП
«Осложнение (я)» БДУ	
Криз, тиреотоксический	ПУПП
Смещение протеза	
Недостаточность, (поли)органная	
Гангрена	
Несостоятельность анастомоза	ДППП
Некроз, жировой / раневой	ДППП
Судороги (эпилептические)	ПУПП
Шок БДУ	
Шок, анафилактический	
Язва, декубитальная	

## 7.2.2 Перечень состояний, которые следует рассматривать как очевидные следствия других инвазивных медицинских процедур

### **A. Очевидные следствия катетеризации сердца (Y84.0)**

Сепсис, септический шок	
Бактериемия	
МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)	
Грибковый сепсис	
Фунгемия	
Инфекция, связанная с катетеризацией	
Септический тромбоз	
Инфекционный эндокардит	
Инфаркт миокарда	<i>Только при наличии указания на его развитие после катетеризации</i>
Тромбоз коронарных артерий	<i>Только при наличии указания на его развитие после катетеризации</i>
Эмболия коронарных артерий	<i>Только при наличии указания на ее развитие после катетеризации</i>
Разрыв коронарной артерии	<i>Только при наличии указания на его развитие после катетеризации</i>
Остановка сердца	
Эмболия сердца	
Синдром холестериновой эмболии	
Легочная эмболия	
Кровотечение	
Кровопотеря	
Гемоперитонеум	
Кардиогенный шок	<i>Только при наличии указания на его развитие после катетеризации</i>
Гипотензивный шок	<i>Только при наличии указания на его развитие после катетеризации</i>

### **B. Очевидные следствия почечного диализа (Y84.1)**

Сепсис, септический шок
Бактериемия
МРЗС (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)
Инфекционный эндокардит
Грибковый сепсис
Фунгемия
Инфекция, связанная с катетеризацией
Септический тромбоз
Перитонит
Пневмония
Гипотензия (во время диализа)
Гиповолемический шок
Кровотечение

### **C. Очевидные следствия радиологических процедур и лучевой терапии (Y84.2)**

Перикардит	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Рестриктивная болезнь легких	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Непроходимость тонкого кишечника	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>

Миелит шейного отдела спинного мозга	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
(Интерстициальный) фиброз	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Остеонекроз	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Мукозит	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Свищ	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>
Стриктура или рубцы	<i>При повторных облучениях одного и того же участка</i>

**D. Очевидные следствия аспирации жидкости (Y84.4)**

Гемоторакс	<i>При аспирации или пункции, проведенных в этом же месте</i>
Кровотечение	<i>При аспирации или пункции, проведенных в этом же месте</i>

**E. Очевидные следствия катетеризации мочевого пузыря (Y84.6)**

Инфекция мочевыводящих путей  
Уросепсис

**F. Очевидные следствия других медицинских процедур (Y84.8)**

– Установка зонда для энтерального питания, ЧЭГ (чрескожная эндоскопическая гастростомия)

Аспирационная пневмония	
Раневая инфекция брюшной полости	
Инфекция брюшной стенки	<i>Если абсцесс или инфекция развились в месте ЧЭГ</i>
Аспирация	
Свищ	<i>Если свищ возник в месте ЧЭГ</i>

– Пересадка костного мозга

Сепсис, септический шок	
Бактериемия	
MR3C (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)	
Грибковый сепсис	
Фунгемия	
Некротизирующий фасциит	
Тромбоцитопения	
Болезнь «трансплантат против хозяина»	

– Установка внутривенного/артериального катетера

Сепсис, септический шок	
Бактериемия	
MR3C (метициллин-резистентный золотистый стафилококк)	
Грибковый сепсис	
Фунгемия	
Инфекция, связанная с катетеризацией	
Септический тромбофлебит	<i>При инфицировании места установки катетера/порта</i>
Инфекционный эндокардит	
Флегмона	<i>Если развилась в месте установки сосудистого катетера/порта</i>

Абсцесс	<i>Если развился в месте установки сосудистого катетера/порта</i>
Гематома	<i>Если развилась в месте установки сосудистого катетера/порта</i>
Кровотечение	<i>Если возникло в месте установки сосудистого катетера/порта</i>
Гемоторакс	<i>Если возник в результате установки сосудистого катетера/порта</i>

*– Проведение реанимационных мероприятий*

Перелом (ы) ребер

*– Проведение биопсии*

Кровотечение

*Если возникло в месте проведения  
биопсии*

Пневмоторакс

*Если возник в результате проведения  
биопсии*

Спайки

*Если образовались в месте проведения  
биопсии*



### 7.3 Перечень неточно обозначенных состояний

Используйте эту таблицу при выполнении шага SP7. Указанные в этой таблице состояния считаются неточно обозначенными.

Код	Название рубрики или подрубрики
I46.1	Внезапная сердечная смерть, так описанная
I46.9	Остановка сердца, неуточненная
(I50.-)	Острая сердечная недостаточность в рубрике I50.-
I95.9	Гипотензия неуточненная
I99	Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения
J96.0	Острая дыхательная недостаточность
J96.9	Дыхательная недостаточность неуточненная
P28.5	Дыхательная недостаточность у новорожденного
R00–R57.1, R57.8–R64, R65.2–R65.3, R68.0–R94, R96–R99	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках

### 7.4 Перечень состояний, маловероятно приводящих к смерти

Код	Название рубрики или подрубрики
A31.1	Кожная микобактериальная инфекция
A42.8	Другие формы актиномикоза
A53.0	Скрытый сифилис, не уточненный как ранний или поздний
A60.0	Герпетическая вирусная инфекция половых органов и мочевого тракта
A63.0	Аногенитальные (венерические) бородавки
A71.0–A71.9	Трахома
A74.0†	Хламидийный конъюнктивит
B00.2	Герпетический вирусный гингивостоматит и фаринготонзиллит
B00.5	Болезнь глаз, вызванная вирусом герпеса
B00.8	Герпетический вирусный панариций†
B07	Вирусные бородавки
B08.1	Контагиозный моллюск
B08.8	Другие уточненные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек
B30.0–B30.9	Вирусный конъюнктивит
B35.0–B35.9	Дерматофития
B36.0–B36.9	Другие поверхностные микозы
B85.0–B85.4	Педикулез и фтириаз
E28.0	Избыток эстрогенов
E28.1	Избыток андрогенов
E28.3	Первичная яичниковая недостаточность
E28.8	Другая дисфункция яичников
E28.9	Дисфункция яичников неуточненная
E29.0	Гиперфункция яичек
E29.1	Гипофункция яичек
E29.8	Другая дисфункция яичек
E29.9	Дисфункция яичек неуточненная
E30.0	Задержка полового созревания
E30.1	Преждевременное половое созревание
E30.8	Другие нарушения полового созревания
E30.9	Нарушение полового созревания неуточненное
E34.3	Низкорослость [карликовость], не классифицированная в других рубриках
E34.4	Конституциональная высокорослость
E34.5	Синдром нечувствительности к андрогенам
E65	Локализованное отложение жира
F06.7	Легкое когнитивное расстройство
F32.0	Депрессивный эпизод легкой степени
F32.1	Депрессивный эпизод средней степени
F33.0	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
F33.1	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени
F33.4	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии
F45.0	Соматизированное расстройство

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
F45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство
F45.2	Ипохондрическое расстройство
F45.3–F45.9	Соматоформные расстройства
F50.1, F50.3–F50.9	Расстройства приема пищи
F51.0–F51.9	Расстройства сна неорганической этиологии
F52.0–F52.9	Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или заболеванием
F53.0	Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках
F60.0–F60.9	Специфические расстройства личности
F61	Смешанные и другие расстройства личности
F62.0–F62.9	Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
F63.0–F63.9	Расстройства привычек и влечений
F64.0–F64.9	Расстройства половой идентификации
F65.0–F65.9	Расстройства сексуального предпочтения
F66.0–F66.9	Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией
F68.0–F68.9	Другие расстройства личности и поведения у взрослых
F69	Расстройство личности и поведения у взрослых неуточненное
F70.0	Умственная отсталость легкой степени с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения
F71.0	Умеренная умственная отсталость с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения
F80–F89	Расстройства психологического развития
F93.0	Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой
F93.1	Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
F93.2	Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
F93.3	Расстройство сиблингового соперничества
F93.8	Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте
F93.9	Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточненное
F94.0	Элективный мутизм
F94.1	Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте
F94.2	Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу
F94.8	Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте
F94.9	Расстройство социального функционирования в детском возрасте неуточненное
F95.0–F95.9	Тиковые расстройства
F98.0–F98.9	Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
G43.0–G43.2, G43.8–G43.9	Мигрень, за исключением осложненной мигрени (G43.3)
G44.0–G44.2	Другие синдромы головной боли
G44.3	Хроническая посттравматическая головная боль
G44.4	Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
G44.8	Другие уточненные синдромы головной боли
G45.0–G45.9	Транзиторные церебральные ишемические атаки и родственные синдромы
G47.0	Нарушения засыпания и поддержания сна [бессонница]
G47.2	Нарушения цикличности сна и бодрствования
G50.0–G50.9	Поражения тройничного нерва
G51.0–G51.9	Поражения лицевого нерва
G52.0	Поражения обонятельного нерва
G54.0–G54.9	Поражения нервных корешков и сплетений
G56.0–G56.9	Мононевропатии верхней конечности
G57.0–G57.9	Мононевропатии нижней конечности
G58.0	Межреберная невропатия
G58.7	Мононеврит множественный
H00.0–H00.1	Ячмень и халазион
H01.0–H01.9	Другое воспаление века
H02.0–H02.9	Другие поражения век
H04.0–H04.9	Поражения слезного аппарата
H10.0–H10.9	Конъюнктивит
H11.0–H11.9	Другие поражения конъюнктивы
H15.0–H15.9	Поражения склеры

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
H16.0–H16.9	Кератит
H17.0–H17.9	Рубцы и помутнение роговицы
H18.0–H18.9	Другие поражения роговицы
H20.0–H20.9	Иридоциклит
H21.0–H21.9	Другие поражения радужной оболочки и цилиарного тела
H25.0–H25.9	Старческая катаракта
H26.0–H26.9	Другая катаракта
H27.0–H27.9	Другие поражения хрусталика
H30.0–H30.9	Хориоретинальное воспаление
H31.0–H31.9	Другие поражения сосудистой оболочки глаза
H33.0–H33.5	Отслойка и разрывы сетчатки
H34.0–H34.9	Закупорки сосудов сетчатки
H35.0–H35.9	Другие поражения сетчатки
H40.0–H40.9	Глаукома
H43.0–H43.9	Поражения стекловидного тела
H46	Неврит зрительного нерва
H47.0–H47.7	Другие поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей
H49.0–H49.9	Паралитическое косоглазие
H50.0–H50.9	Другое косоглазие
H51.0–H51.9	Другие нарушения содружественного движения глаз
H52.0–H52.7	Нарушения рефракции и аккомодации
H53.0–H53.9	Нарушения зрения
H54.0–H54.9	Ухудшение зрения, включая слепоту (бинокулярную или монокулярную)
H55	Нистагм и другие произвольные движения глаз
H57.0–H57.9	Другие поражения глаза и его придаточного аппарата
H60.0–H60.9	Наружный отит
H61.0–H61.9	Другие поражения наружного уха
H68.1	Закупорка евстахиевой [слуховой] трубы
H69.0	Зияющая евстахиева [слуховая] труба
H69.8	Другие уточненные поражения евстахиевой [слуховой] трубы
H69.9	Поражение евстахиевой [слуховой] трубы неуточненное
H72.0	Центральная перфорация барабанной перепонки
H72.1	Перфорация барабанной перепонки в области аттика
H72.2	Другие краевые перфорации барабанной перепонки
H72.8	Другие перфорации барабанной перепонки
H72.9	Перфорация барабанной перепонки неуточненная
H73.8	Другие уточненные поражения барабанной перепонки
H73.9	Поражение барабанной перепонки неуточненное
H74.0	Тимпаносклероз
H74.1	Адгезивная болезнь среднего уха
H74.2	Разрыв и дислокация слуховых косточек
H74.3	Другие приобретенные дефекты слуховых косточек
H74.4	Полип среднего уха
H74.8	Другие уточненные поражения среднего уха и сосцевидного отростка
H74.9	Поражение среднего уха и сосцевидного отростка неуточненное
H80.0–H80.9	Отосклероз
H81.0	Болезнь Меньера [Meniere]
H81.1	Доброкачественное пароксизмальное головокружение
H81.2	Вестибулярный нейронит
H81.3	Другое периферическое головокружение
H81.4	Головокружение центрального происхождения
H81.8	Другие нарушения вестибулярной функции
H81.9	Нарушение вестибулярной функции неуточненное
H83.0	Лабиринтит
H83.1	Лабиринтная фистула
H83.2	Лабиринтная дисфункция
H83.3–H83.9	Другие болезни внутреннего уха
H90.0–H90.8	Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха
H91.0–H91.9	Другая потеря слуха
H92.0–H92.2	Оталгия и выделения из уха
H93.0–H93.9	Другие поражения уха, не классифицированные в других рубриках
J00	Назофарингит острый [насморк]
J01.9	Острый синусит неуточненный
J06.0–J06.9	Острые инфекции верхних дыхательных путей множественных и неуточненных локализаций

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
J30.0–J30.4	Вазомоторный и аллергический ринит
J33.0–J33.9	Полип полости носа
J34.1	Киста и мукоцеле носа и носовой пазухи
J34.2	Искривленная носовая перегородка
J34.3	Гипертрофия носовых раковин
J35.0–J35.9	Хронические болезни миндалин и аденоидов
K00.0–K00.9	Нарушения развития и прорезывания зубов
K01.0–K01.1	Ретенированные и импактные зубы
K02.0–K02.9	Зубной кариес
K03.0–K03.9	Другие болезни твердых тканей зубов
K04.0–K04.9	Болезни пульпы и периапикальных тканей
K05.0–K05.6	Гингивит и болезни пародонта
K06.0–K06.9	Другие поражения десны и беззубого альвеолярного края
K07.0–K07.9	Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]
K08.0–K08.9	Другие поражения зубов и их опорного аппарата
K09.0–K09.9	Киста области рта, не классифицированная в других рубриках
K10.0–K10.9	Другие болезни челюстей
K11.0–K11.9	Болезни слюнных желез
K13.1	Прикусывание щеки и губ
K14.0–K14.9	Болезни языка
K59.1	Функциональная диарея
K59.2	Неврогенный кишечник, не классифицированный в других рубриках
K59.4	Спазм анального сфинктера
L01.0–L01.1	Импетиго (у детей старше 1 года)
L03.0	Флегмона пальцев кисти и стопы
L04.0–L04.9	Острый лимфаденит
L05.0–L05.9	Пилонидальная киста
L08.0–L08.8	Другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки
L20.0–L20.9	Атопический дерматит
L21.0–L21.9	Себорейный дерматит
L22	Пеленочный [салфеточный] дерматит
L23.0–L23.9	Аллергический контактный дерматит
L24.0–L24.9	Раздражительный контактный дерматит
L25.0–L25.9	Неуточненный контактный дерматит
L28.0–L28.2	Простой хронический лишай и чесуша
L29.0–L29.9	Зуд
L30.0–L30.9	Другой дерматит
L40.0	Псориаз обыкновенный
L40.4	Псориаз каплевидный
L41.0–L41.9	Парапсориаз
L42	Розовый лишай [Жибера] [Gibert]
L43.0–L43.9	Красный плоский лишай
L44.0–L44.9	Другие папулосквамозные поражения
L50.2	Крапивница, вызванная воздействием холода или жары
L50.3	Дерматографическая крапивница
L50.4	Вибрационная крапивница
L50.5	Холинергическая крапивница
L50.6	Контактная крапивница
L53.9	Эритематозное состояние неуточненное
L55.0–L55.1, L55.8–L55.9	Солнечный ожог, за исключением ожога третьей степени (L55.2)
L56.0–L56.9	Другие острые поражения кожи, вызванные ультрафиолетовым излучением
L57.0–L57.9	Поражения кожи, вызванные хроническим воздействием неионизирующего излучения
L58.0–L58.9	Лучевой дерматит
L59.0–L59.9	Другие поражения кожи и подкожной клетчатки, связанные с излучением
L60.0–L60.9	Болезни ногтей
L63.0–L63.9	Гнездная алопеция
L64.0–L64.9	Андрогенная алопеция
L65.0–L65.9	Другая нерубцующая потеря волос
L66.0–L66.9	Рубцовая алопеция [рубцующая потеря волос]
L67.0–L67.9	Аномалии цвета волос и волосяного стержня
L68.0–L68.9	Гипертрихоз
L70.0–L70.9	Угри [acne]
L71.0	Периоральный дерматит
L71.1	Ринофима

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
L71.8	Другие розовые угри
L71.9	Розовые угри неуточненные
L72.0–L72.9	Фолликулярные кисты кожи и подкожной клетчатки
L73.0–L73.9	Другие фолликулярные поражения
L74.0–L74.9	Поражения экринных потовых желез
L75.0–L75.9	Поражения апокринных потовых желез
L80	Витилиго
L81.0–L81.9	Другие нарушения пигментации
L82	Себорейный кератоз
L83	Акантоз черный
L84	Мозоли и омозолелости
L85.0–L85.9	Другие утолщения эпидермиса
L87.0–L87.9	Трансэпидермальные прободные изменения
L90.0–L90.9	Атрофические поражения кожи
L91.0–L91.9	Гипертрофические поражения кожи
L92.0–L92.9	Гранулематозные поражения кожи и подкожной клетчатки
L94.0–L94.9	Другие локализованные поражения соединительной ткани
L95.0	Васкулит с мраморной кожей
L98.0–L98.3, L98.5–L98.9	Другие поражения кожи и подкожной клетчатки, не классифицированные в других рубриках
M12.2	Ворсинчато-узелковый синовит (пигментный)
M12.3	Палинодромный ревматизм
M20.0–M20.6	Приобретенные деформации пальцев рук и ног
M21.0–M21.9	Другие приобретенные деформации конечностей
M22.0–M22.9	Поражения надколенника
M23.0–M23.9	Внутренние нарушения коленного сустава
M24.0–M24.9	Другие уточненные нарушения суставов
M25.0–M25.9	Другие поражения суставов, не классифицированные в других рубриках
M35.3	Ревматическая полимиалгия
M40.0–M40.5	Кифоз и лордоз
M41.0	Детский идиопатический сколиоз
M41.1	Юношеский идиопатический сколиоз
M41.2	Другой идиопатический сколиоз
M41.3	Торакогенный сколиоз
M41.4	Нервно-мышечный сколиоз
M41.5	Другой вторичный сколиоз
M41.8	Другие формы сколиоза
M41.9	Сколиоз неуточненный
M43.6	Кривошея
M43.8–M43.9	Другие и неуточненные деформирующие дорсопатии
M48.0	Спинальный стеноз (за исключением шейного отдела)
M53.0–M53.9	Другие дорсопатии, не классифицированные в других рубриках
M54.0–M54.9	Дорсалгия
M60.0–M60.9	Миозит
M62.4	Контрактура мышцы
M62.5	Истощение и атрофия мышцы, не классифицированные в других рубриках
M62.6	Растяжение мышц
M65.0–M65.9	Синовит и теносиновит
M66.0–M66.5	Спонтанный разрыв синовиальной оболочки и сухожилия
M67.0–M67.9	Другие поражения синовиальной оболочки и сухожилия
M70.0–M70.9	Поражения мягких тканей, связанные с нагрузкой, перегрузкой и давлением
M71.0–M71.9	Другие бурсопатии
M72.0	Ладонный фасциальный фиброматоз [Дюпюитрена] [Dupuytren]
M72.1	Врожденная узловатость пальцев кисти
M72.2	Подошвенный фасциальный фиброматоз
M75.0–M75.9	Поражения плеча
M76.0–M76.9	Энтезопатии нижней конечности, исключая стопу
M77.0–M77.9	Другие энтезопатии
M79.0–M79.9	Другие поражения мягких тканей, не классифицированные в других рубриках
M89.1	Преждевременное сращение эпифиза с диафизом
M89.2	Другие нарушения роста и развития костей
M89.3	Гипертрофия кости
M89.4	Другая гипертрофическая остеоартропатия

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
M91.2	Соха plana
M91.3	Псевдококкалгия
M91.8	Другой юношеский остеохондроз бедра и таза
M91.9	Юношеский остеохондроз бедра и таза неуточненный
M92.0	Юношеский остеохондроз плечевой кости
M92.1	Юношеский остеохондроз лучевой и локтевой кости
M92.2	Юношеский остеохондроз кисти
M92.3	Другой юношеский остеохондроз верхней конечности
M92.4	Юношеский остеохондроз надколенника
M92.5	Юношеский остеохондроз большой и малой берцовых костей
M92.6	Юношеский остеохондроз предплюсны
M92.7	Юношеский остеохондроз плюсны
M92.8	Другой уточненный юношеский остеохондроз
M92.9	Юношеский остеохондроз неуточненный
M95.0–M95.9	Другие приобретенные деформации костно-мышечной системы и соединительной ткани
M99.0–M99.9	Биомеханические нарушения, не классифицированные в других рубриках
N39.3	Стрессовое недержание мочи
N39.4	Другое уточненное недержание мочи
N42.2	Атрофия предстательной железы
N46	Мужское бесплодие
N47	Избыточная крайняя плоть, фимоз и парафимоз
N48.3	Приапизм
N48.4	Импотенция органического происхождения
N50.0	Атрофия яичка
N60.0–N60.9	Доброкачественная дисплазия молочной железы
N62	Гипертрофия молочной железы
N64.2	Атрофия молочной железы
N64.3	Галакторея, не связанная с деторождением
N64.4	Мастодиния
N64.5	Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы
N75.0	Киста бартолиновой железы
N84.0–N84.9	Полип женских половых путей
N85.0–N85.9	Другие невоспалительные поражения матки, за исключением шейки
N86	Эрозия и эктропион шейки матки
N87.0–N87.9	Дисплазия шейки матки
N88.0–N88.9	Другие невоспалительные поражения шейки матки
N89.0–N89.9	Другие невоспалительные поражения влагалища
N90.0–N90.9	Другие невоспалительные поражения вульвы и промежности
N91.0–N91.5	Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации
N92.0–N92.6	Обильные, частые и нерегулярные менструации
N93.0–N93.9	Другое anomальное маточное и влагалищное кровотечение
N94.0–N94.9	Боль и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом
N95.1	Менопауза и климактерическое состояние у женщины
N95.2	Постменопаузальный атрофический вагинит
N95.3	Состояния, связанные с искусственной менопаузой
N96	Привычный выкидыш
N97.0–N97.9	Женское бесплодие
O26.1	Недостаточная прибавка массы тела при беременности
O26.2	Медицинская помощь беременной при привычном выкидыше
O28.0	Гематологические отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.1	Биохимические отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.2	Цитологические изменения, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.3	Отклонения от нормы, выявленные при антенатальном ультразвуковом обследовании матери
O28.4	Отклонения от нормы, выявленные при антенатальном радиологическом обследовании матери
O28.5	Хромосомные аномалии и генетические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери
O28.8	Другие отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
O28.9	Отклонение от нормы, выявленное при антенатальном обследовании матери, неуточненное
O92.0	Втянутый сосок молочной железы, связанный с деторождением
O92.2	Другие и неуточненные поражения молочной железы, связанные с деторождением
O92.3	Агалактия
O92.4	Гипоалактия
O92.5	Подавленная лактация
O92.6	Галакторея
O92.7	Другие уточненные и неуточненные нарушения лактации
Q10.0–Q10.7	Врожденные пороки развития века, слезного аппарата и глазницы
Q11.0–Q11.3	Анофтальм, микрофтальм и макрофтальм
Q12.0–Q12.9	Врожденные пороки развития хрусталика
Q13.0–Q13.9	Врожденные пороки развития переднего сегмента глаза
Q14.0–Q14.9	Врожденные пороки развития заднего сегмента глаза
Q15.0–Q15.9	Другие врожденные пороки развития глаза
Q16.0–Q16.9	Врожденные пороки развития уха, вызывающие нарушения слуха
Q17.0–Q17.9	Другие врожденные пороки развития уха
Q18.0–Q18.9	Другие врожденные пороки развития лица и шеи
Q38.1	Анкилоглоссия
Q50.0	Врожденное отсутствие яичника
Q51.0	Агенезия и аплазия матки
Q51.1	Удвоение матки с удвоением шейки матки и влагалища
Q51.2	Другое удвоение матки
Q51.3	Двурогая матка
Q51.4	Однорогая матка
Q52.1	Удвоение влагалища
Q52.6	Врожденный порок развития клитора
Q54.0	Гипоспадия головки полового члена
Q54.1	Гипоспадия полового члена
Q54.2	Гипоспадия члено-мошоночная
Q54.3	Гипоспадия промежностная
Q54.4	Врожденное искривление полового члена
Q54.8	Другая гипоспадия
Q54.9	Гипоспадия неуточненная
Q55.0	Отсутствие и аплазия яичка
Q55.1	Гипоплазия яичка и мошонки
Q55.5	Врожденные отсутствие и аплазия полового члена
Q56.0	Гермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.1	Мужской псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.2	Женский псевдогермафродитизм, не классифицированный в других рубриках
Q56.3	Псевдогермафродитизм неуточненный
Q56.4	Неопределенность пола неуточненная
Q65.0–Q65.9	Врожденные деформации бедра
Q66.0–Q66.9	Врожденные деформации стоп
Q67.0–Q67.8	Врожденные костно-мышечные деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки
Q68.0–Q68.8	Другие врожденные костно-мышечные деформации
Q69.0–Q69.9	Полидактилия
Q70.0–Q70.9	Синдактилия
Q71.0–Q71.9	Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность
Q72.0–Q72.9	Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность
Q73.0–Q73.8	Дефект, укорачивающий неуточненную конечность
Q74.0–Q74.9	Другие врожденные пороки развития конечности (ей)
Q75.2	Гипертелоризм
Q80.0–Q80.3, Q80.8–Q80.9	Врожденный ихтиоз, за исключением ихтиоза плода [«плод Арлекина»] (Q80.4)
Q81.0	Простой буллезный эпидермолиз
Q81.2–Q81.9	Другие формы буллезного эпидермолиза, за исключением буллезного летального эпидермолиза (Q81.1)
Q82.0–Q82.9	Другие врожденные пороки развития кожи
Q83.0–Q83.9	Врожденный порок развития молочной железы
Q84.0–Q84.9	Другие врожденные пороки развития наружных покровов

<b>Код</b>	<b>Название рубрики или подрубрики</b>
Q87.1	Синдромы врожденных пороков развития, проявляющихся преимущественно низким ростом
Q87.2	Синдромы врожденных пороков развития, затрагивающих преимущественно конечности
S00.0–S00.9	Поверхностная травма головы
S05.0, S05.1, S05.8	Поверхностные травмы (любого типа) глазного яблока и орбиты (любой части)
S10.0–S10.9	Поверхностная травма шеи
S20.0–S20.8	Поверхностная травма грудной клетки
S30.0–S30.9	Поверхностная травма живота, нижней части спины и таза
S40.0–S40.9	Поверхностная травма плечевого пояса и плеча
S50.0–S50.9	Поверхностная травма предплечья
S60.0–S60.9	Поверхностная травма запястья и кисти
S70.0–S70.9	Поверхностная травма области тазобедренного сустава и бедра
S80.0–S80.9	Поверхностная травма голени
S90.0–S90.9	Поверхностная травма голеностопного сустава и стопы
T09.0	Поверхностная травма туловища на неуточненном уровне
T11.0	Поверхностная травма верхней конечности на неуточненном уровне
T13.0	Поверхностная травма нижней конечности на неуточненном уровне
T14.0	Поверхностная травма неуточненной области тела
T20.1	Термический ожог головы и шеи первой степени
T21.1	Термический ожог туловища первой степени
T22.1	Термический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, первой степени
T23.1	Термический ожог запястья и кисти первой степени
T24.1	Термический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, первой степени
T25.1	Термический ожог области голеностопного сустава и стопы первой степени



## 7.5 Причины ВИЧ-инфекции

Используйте этот перечень при выполнении шагов SP3 и SP4.

C00–C96	S45	T12
D47.7	S47–S49	T13.1
D50–D53	S51–S52	T13.6–T13.9
D55–D59	S55	T14.1–T14.2
D60–D64	S57–S59	T14.5
D65–D69	S65	T14.7–T14.9
F11	S67–S69	T15–T32
F13–F16	S71–S72	T80.2
F19	S75	T80.8–T80.9
R75	S77–S79	T90.1
S01–S02	S81–S82	T90.8–T90.9
S07–S09.0	S85	T91.1–T92.2
S09.7–S09.9	S87–S89	TT92.6–T92.9
S11–S12	S95	T93.0–T93.2
S15	S97–S99	T93.6–T93.9
S17–S19	T01–T08	T94–T95
S21–S22	T09.1	T98
S28–S29	T09.8–T09.9	Y60
S31–S32	T10	Y62
S35–S39	T11.1	Y64
S41–S42	T11.6–T11.9	Y83–Y84

## 7.6 Перечень состояний, которые могут вызывать сахарный диабет

Допустимые последовательности состояний, приводящих к развитию сахарного диабета.

Тип диабета	Вследствие	Тип диабета	Вследствие	
E10	B25.2	E11	E22.0	
	E40–E46		E24	
	E63.9		E80.0–E80.2	
	E64.0		E83.1	
	E64.9		E84	
	M35.9		E89.1	
	P35.0		F10.1–F10.2	
	E11		E24	G10
			E40–E46	G11.1
			E63.9	G25.8
E64.0		G71.1		
E64.9		K85		
M35.9		K86.0–K86.1		
O24.4		K86.8–K86.9		
E12	P35.0	M35.9		
	E40–E46	O24.4		
	E63.9	P35.0		
	E64.0	Q87.1		
	E64.9	Q90		
	E13	B25.2	Q96	
		B26.3	Q98	
C25		Q99.8		
C78.8 (только поджелудочной железы)		S36.2		
D13.6–D13.7		T37.3		
D35.0		T37.5		
E05–E06		T38.0–T38.1		

Тип диабета	Вследствие	Тип диабета	Вследствие
E14	T42.0		G11.1
	T46.5		G25.8
	T46.7		G71.1
	T50.2		K85
	Y41.3		K86.0–K86.1
	Y41.5		K86.8–K86.9
	Y42.0–Y42.1		M35.9
	Y46.2		O24.4
	Y52.5		P35.0
	Y52.7		Q87.1
	Y54.3		Q90
	B25.2		Q96
	B26.3		Q98
	C25		Q99.8
	C78.8 (только поджелудочной железы)		S36.2
	D13.6–D13.7		T37.3
	D35.0		T37.5
	E05–E06		T38.0–T38.1
	E22.0		T42.0
	E24		T46.5
	E40–E46		T46.7
	E63.9		T50.2
	E64.0		Y41.3
	E64.9		Y41.5
	E80.0–E80.2		Y42.0–Y42.1
	E83.1		Y46.2
	E84		Y52.5
	E89.1		Y52.7
	F10.1–F10.2		Y54.3
	G10		

## 7.7 Приоритетное ранжирование кодов МКБ-10 по характеру травмы

(1 = Наиболее высокий приоритетный ранг)

Код	Ранг	Код	Ранг
S00.0–S00.9	6	S16	6
S01.0–S01.8	6	S17.0	3
S01.9	5	S17.8	3
S02.0	3	S17.9	3
S02.1	4	S18	1
S02.2–S02.6	6	S19.7	3
S02.7	3	S19.8	4
S02.8	4	S19.9	5
S02.9	3	S20.0–S20.8	6
S03.0	5	S21.0	6
S03.1–S03.2	6	S21.1–S21.9	5
S03.3	5	S22.0–S22.1	5
S03.4–S03.5	6	S22.2–S22.3	6
S04.0–S04.9	6	S22.4	5
S05.0–S05.6	6	S22.5	2
S05.7	5	S22.8–S22.9	5
S05.8–S05.9	6	S23.0	6
S06.0	6	S23.1–S23.2	5
S06.1–S06.2	1	S23.3–S23.5	6
S06.3–S06.6	2	S24.0–S24.1	4
S06.7	1	S24.2–S24.6	5
S06.8	2	S25.0	1
S06.9	2	S25.1	5
S07.0	5	S25.2	1
S07.1	1	S25.3	3
S07.8–S07.9	1	S25.4	1
S08.0–S08.1	6	S25.5	4
S08.8–S08.9	4	S25.7	3
S09.0	5	S25.8	4
S09.1–S09.2	6	S25.9	4
S09.7	4	S26.0	3
S09.8	6	S26.8–S26.9	2
S09.9	3	S27.0–S27.2	3
S10.0–S10.1	6	S27.3–S27.5	2
S10.7–S10.9	6	S27.6	4
S11.0	4	S27.7	1
S11.1	5	S27.8–S27.9	2
S11.2	4	S28.0–S28.1	3
S11.7	5	S29.0	6
S11.8	6	S29.7	3
S11.9	3	S29.8	6
S12.0–S12.7	3	S29.9	3
S12.8	3	S30.0–S30.9	6
S12.9	3	S31.0–S31.1	6
S13.0	6	S31.2–S31.3	5
S13.1	3	S31.4–S31.8	6
S13.2	5	S32.0–S32.3	6
S13.3	3	S32.4	5
S13.4	5	S32.5	6
S13.5–S13.6	6	S32.7–S32.8	5
S14.0	5	S33.0–S33.2	6
S14.1	3	S33.3	5
S14.2–S14.5	6	S33.4–S33.6	6
S14.6	5	S33.7	5
S15.0	1	S34.0–S34.6	6
S15.1	2	S34.8	5
S15.2–S15.3	3	S35.0–S35.1	1
S15.7–S15.9	1	S35.2	3

Код	Ранг	Код	Ранг
S35.3	2	S71.0–S71.8	6
S35.4	5	S72.0–S72.2	3
S35.5	3	S72.3–S72.9	4
S35.7	2	S73.0–S73.1	6
S35.8–S35.9	5	S74.0–S74.1	6
S36.0–S36.9	3	S74.2–S74.7	5
S37.0–S37.9	5	S74.8–S74.9	6
S38.0	6	S75.0	4
S38.1	5	S75.1	5
S38.2	4	S75.2	6
S38.3	3	S75.7	5
S39.0	6	S75.8	6
S39.6	3	S75.9	5
S39.7	4	S76.0–S76.7	6
S39.8	6	S77.0–S77.2	5
S39.9	4	S78.0–S78.9	3
S40.0–S40.9	6	S79.7–S79.9	5
S41.0–S41.7	6	S80.0–S80.9	6
S41.8	5	S81.0–S81.9	6
S42.0	6	S82.0–S82.9	5
S42.1–S42.2	5	S83.0–S83.7	6
S42.3	5	S84.0–S84.9	6
S42.4	6	S85.0	5
S42.7–S42.8	5	S85.1–S85.2	6
S42.9	5	S85.3	5
S43.0–S43.7	6	S85.4–S85.5	6
S44.0–S44.9	6	S85.7	5
S45.0–S45.1	3	S85.8	6
S45.2–S45.9	5	S85.9	5
S46.0–S46.9	6	S86.0–S86.7	6
S47	5	S86.8	5
S48.0–S48.9	3	S86.9	6
S49.7	5	S87.0	6
S49.8–S49.9	6	S87.8	5
S50.0–S50.9	6	S88.0–S88.1	3
S51.0–S51.9	6	S88.9	4
S52.0–S52.9	5	S89.7–S89.9	5
S53.0–S53.4	6	S90.0–S90.9	6
S54.0–S54.9	6	S91.0–S91.7	6
S55.0	6	S92.0–S92.9	6
S55.1–S55.9	5	S93.0–S93.6	6
S56.0–S56.9	6	S94.0–S94.9	6
S57.0–S57.9	6	S95.0	6
S58.0–S58.9	4	S95.1	5
S59.7	4	S95.2–S95.9	6
S59.8	6	S96.0–S96.9	6
S59.9	5	S97.0	6
S60.0–S60.9	6	S97.1	5
S61.0–S61.9	6	S97.8	6
S62.0–S62.7	6	S98.0	4
S62.8	5	S98.1–S98.3	6
S63.0–S63.7	6	S98.4	4
S64.0–S64.9	6	S99.7–S99.9	5
S65.0	6	T00.0–T00.9	6
S65.1	5	T01.0	6
S65.2–S65.8	6	T01.1	4
S65.9	5	T01.2–T01.6	6
S66.0–S66.9	6	T01.8	5
S67.0–S67.8	6	T01.9	6
S68.0–S68.3	6	T02.0–T02.1	3
S68.4–S68.9	4	T02.2–T02.4	5
S69.7–S69.9	5	T02.5–T02.9	3
S70.0–S70.9	6	T03.0–T03.8	6

Код	Ранг	Код	Ранг
T03.9	5	T21.7	3
T04.0	4	T22.0–T22.2	6
T04.1–T04.3	5	T22.3	5
T04.4	5	T22.4–T22.6	6
T04.7	5	T22.7	5
T04.8	4	T23.0–T23.2	6
T04.9	5	T23.3	5
T05.0–T05.9	3	T23.4–T23.6	6
T06.0–T06.1	3	T23.7	5
T06.2–T06.4	5	T24.0–T24.2	6
T06.5	3	T24.3	5
T06.8	5	T24.4–T24.6	6
T07	2	T24.7	5
T08	5	T25.0–T25.2	6
T09.0	6	T25.3	5
T09.1	5	T25.4–T25.6	6
T09.2	6	T25.7	5
T09.3	3	T26.0–T26.2	6
T09.4	4	T26.3	5
T09.5	6	T26.4–T26.6	6
T09.6	1	T26.7–T26.9	5
T09.8–T09.9	5	T27.0–T27.7	3
T10	5	T28.0	5
T11.0–T11.1	6	T28.1–T28.4	3
T11.2	6	T28.5	6
T11.3	5	T28.6–T28.9	3
T11.4	4	T29.0	3
T11.5	6	T29.1–T29.2	6
T11.6	3	T29.3	3
T11.8–T11.9	5	T29.4–T29.6	6
T12	5	T29.7	3
T13.0–T13.3	6	T30.0	3
T13.4	5	T30.1–T30.2	6
T13.5	6	T30.3–T30.4	3
T13.6	3	T30.5–T30.6	6
T13.8	4	T30.7	3
T13.9	5	T31.0–T31.1	5
T14.0	6	T31.2	4
T14.1	5	T31.3	3
T14.2	5	T31.4–T31.6	2
T14.3–T14.4	6	T31.7–T31.9	1
T14.5	5	T32.0–T32.1	5
T14.6	6	T32.2	4
T14.7	2	T32.3	3
T14.8–T14.9	6	T32.4–T32.5	2
T15.0–T15.8	6	T32.6	3
T15.9	5	T32.7–T32.9	1
T16	6	T33.0–T33.9	6
T17.0–T17.9	5	T34.0–T34.4	6
T18.0–T18.2	6	T34.5	5
T18.3–T18.4	5	T34.6–T34.9	6
T18.5–T18.9	6	T35.0	6
T19.0–T19.1	6	T35.1	4
T19.2	5	T35.2–T35.5	6
T19.3–T19.8	6	T35.6	6
T19.9	5	T35.7	5
T20.0–T20.2	6	T66	6
T20.3	3	T67.0	3
T20.4–T20.6	6	T67.1–T67.3	6
T20.7	3	T67.4	3
T21.0–T21.2	6	T67.5–T67.6	6
T21.3	3	T67.7	2
T21.4–T21.6	6	T67.8	6

<b>Код</b>	<b>Ранг</b>	<b>Код</b>	<b>Ранг</b>
T67.9	5	T90.0–T90.4	6
T68	3	T90.5	3
T69.0	6	T90.8	6
T69.1	5	T90.9	3
T69.8	4	T91.0–T91.1	6
T69.9	4	T91.2–T91.3	4
T70.0	5	T91.4	3
T70.1	4	T91.5–T91.8	6
T70.2	3	T91.9	1
T70.3	5	T92.0–T92.2	5
T70.4–T70.8	6	T92.3–T92.8	6
T70.9	5	T92.9	3
T71	1	T93.0	6
T73.0	3	T93.1	5
T73.1	5	T93.2–T93.3	6
T73.2	6	T93.4	5
T73.3	5	T93.5–T93.9	6
T73.8–T73.9	6	T94.0–T94.1	3
T74.0–T74.9	6	T95.0	6
T75.0	4	T95.1	5
T75.1	2	T95.2–T95.3	6
T75.2–T75.3	6	T95.4	3
T75.4	3	T95.8–T95.9	3
T75.8	6	T98.0–T98.1	1
T76	6	T98.2	6

## 7.8 Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц одного пола или встречающимися у них чаще всего

### 7.8.1 Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц женского пола или встречающимися у них чаще всего

A34	D39.9	N77.0	N87.0
B37.3	E28.0	N77.1	N87.1
C51.0	E28.1	N77.8	N87.2
C51.1	E28.2	N80.0	N87.9
C51.2	E28.3	N80.1	N88.0
C51.8	E28.8	N80.2	N88.1
C51.9	E28.9	N80.3	N88.2
C52	E89.4	N80.4	N88.3
C53.0	F52.5	N80.5	N88.4
C53.1	F53.0	N80.6	N88.8
C53.8	F53.1	N80.8	N88.9
C53.9	F53.8	N80.9	N89.0
C54.0	F53.9	N81.0	N89.1
C54.1	F84.2	N81.1	N89.2
C54.2	I86.3	N81.2	N89.3
C54.3	L29.2	N81.3	N89.4
C54.8	L70.5	N81.4	N89.5
C54.9	M80.0	N81.5	N89.6
C55	M80.1	N81.6	N89.7
C56	M81.0	N81.8	N89.8
C57.0	M81.1	N81.9	N89.9
C57.1	M83.0	N82.0	N90.0
C57.2	N70.0	N82.1	N90.1
C57.3	N70.1	N82.2	N90.2
C57.4	N70.9	N82.3	N90.3
C57.7	N71.0	N82.4	N90.4
C57.8	N71.1	N82.5	N90.5
C57.9	N71.9	N82.8	N90.6
C58	N72	N82.9	N90.7
C79.6	N73.0	N83.0	N90.8
D06.0	N73.1	N83.1	N90.9
D06.1	N73.2	N83.2	N91.0
D06.7	N73.3	N83.3	N91.1
D06.9	N73.4	N83.4	N91.2
D07.0	N73.5	N83.5	N91.3
D07.1	N73.6	N83.6	N91.4
D07.2	N73.8	N83.7	N91.5
D07.3	N73.9	N83.8	N92.0
D25.0	N74.0	N83.9	N92.1
D25.1	N74.1	N84.0	N92.2
D25.2	N74.2	N84.1	N92.3
D25.9	N74.3	N84.2	N92.4
D26.0	N74.4	N84.3	N92.5
D26.1	N74.8	N84.8	N92.6
D26.7	N75.0	N84.9	N93.0
D26.9	N75.1	N85.0	N93.8
D27	N75.8	N85.1	N93.9
D28.0	N75.9	N85.2	N94.0
D28.1	N76.0	N85.3	N94.1
D28.2	N76.1	N85.4	N94.2
D28.7	N76.2	N85.5	N94.3
D28.9	N76.3	N85.6	N94.4
D39.0	N76.4	N85.7	N94.5
D39.1	N76.5	N85.8	N94.6
D39.2	N76.6	N85.9	N94.8
D39.7	N76.8	N86	N94.9

N95.0	O06.0	O22.8	O33.3
N95.1	O06.1	O22.9	O33.4
N95.2	O06.2	O23.0	O33.5
N95.3	O06.3	O23.1	O33.6
N95.8	O06.4	O23.2	O33.7
N95.9	O06.5	O23.3	O33.8
N96	O06.6	O23.4	O33.9
N97.0	O06.7	O23.5	O34.0
N97.1	O06.8	O23.9	O34.1
N97.2	O06.9	O24.0	O34.2
N97.3	O07.0	O24.1	O34.3
N97.4	O07.1	O24.2	O34.4
N97.8	O07.2	O24.3	O34.5
N97.9	O07.3	O24.4	O34.6
N98.0	O07.4	O24.9	O34.7
N98.1	O07.5	O25	O34.8
N98.2	O07.6	O26.0	O34.9
N98.3	O07.7	O26.1	O35.0
N98.8	O07.8	O26.2	O35.1
N98.9	O07.9	O26.3	O35.2
N99.2	O08.0	O26.4	O35.3
N99.3	O08.1	O26.5	O35.4
O00.0	O08.2	O26.6	O35.5
O00.1	O08.3	O26.7	O35.6
O00.2	O08.4	O26.8	O35.7
O00.8	O08.5	O26.9	O35.8
O00.9	O08.6	O28.0	O35.9
O01.0	O08.7	O28.1	O36.0
O01.1	O08.8	O28.2	O36.1
O01.9	O08.9	O28.3	O36.2
O02.0	O10.0	O28.4	O36.3
O02.1	O10.1	O28.5	O36.4
O02.8	O10.2	O28.8	O36.5
O02.9	O10.3	O28.9	O36.6
O03.0	O10.4	O29.0	O36.7
O03.1	O10.9	O29.1	O36.8
O03.2	O11	O29.2	O36.9
O03.3	O12.0	O29.3	O40
O03.4	O12.1	O29.4	O41.0
O03.5	O12.2	O29.5	O41.1
O03.6	O13	O29.6	O41.8
O03.7	O14.0	O29.8	O41.9
O03.8	O14.1	O29.9	O42.0
O03.9	O14.2	O30.0	O42.1
O04.0	O14.9	O30.1	O42.2
O04.1	O15.0	O30.2	O42.9
O04.2	O15.1	O30.8	O43.0
O04.3	O15.2	O30.9	O43.1
O04.4	O15.9	O31.0	O43.2
O04.5	O16	O31.1	O43.8
O04.6	O20.0	O31.2	O43.9
O04.7	O20.8	O31.8	O44.0
O04.8	O20.9	O32.0	O44.1
O04.9	O21.0	O32.1	O45.0
O05.0	O21.1	O32.2	O45.8
O05.1	O21.2	O32.3	O45.9
O05.2	O21.8	O32.4	O46.0
O05.3	O21.9	O32.5	O46.8
O05.4	O22.0	O32.6	O46.9
O05.5	O22.1	O32.8	O47.0
O05.6	O22.2	O32.9	O47.1
O05.7	O22.3	O33.0	O47.9
O05.8	O22.4	O33.1	O48
O05.9	O22.5	O33.2	O60.0



O60.1	O70.3	O84.2	O98.5
O60.2	O70.9	O84.8	O98.6
O60.3	O71.0	O84.9	O98.7
O61.0	O71.1	O85	O98.8
O61.1	O71.2	O86.0	O98.9
O61.8	O71.3	O86.1	O99.0
O61.9	O71.4	O86.2	O99.1
O62.0	O71.5	O86.3	O99.2
O62.1	O71.6	O86.4	O99.3
O62.2	O71.7	O86.8	O99.4
O62.3	O71.8	O87.0	O99.5
O62.4	O71.9	O87.1	O99.6
O62.8	O72.0	O87.2	O99.7
O62.9	O72.1	O87.3	O99.8
O63.0	O72.2	O87.8	P54.6
O63.1	O72.3	O87.9	Q50.0
O63.2	O73.0	O88.0	Q50.1
O63.9	O73.1	O88.1	Q50.2
O64.0	O74.0	O88.2	Q50.3
O64.1	O74.1	O88.3	Q50.4
O64.2	O74.2	O88.8	Q50.5
O64.3	O74.3	O89.0	Q50.6
O64.4	O74.4	O89.1	Q51.0
O64.5	O74.5	O89.2	Q51.1
O64.8	O74.6	O89.3	Q51.2
O64.9	O74.7	O89.4	Q51.3
O65.0	O74.8	O89.5	Q51.4
O65.1	O74.9	O89.6	Q51.5
O65.2	O75.0	O89.8	Q51.6
O65.3	O75.1	O89.9	Q51.7
O65.4	O75.2	O90.0	Q51.8
O65.5	O75.3	O90.1	Q51.9
O65.8	O75.4	O90.2	Q52.0
O65.9	O75.5	O90.3	Q52.1
O66.0	O75.6	O90.4	Q52.2
O66.1	O75.7	O90.5	Q52.3
O66.2	O75.8	O90.8	Q52.4
O66.3	O75.9	O90.9	Q52.5
O66.4	O80.0	O91.0	Q52.6
O66.5	O80.1	O91.1	Q52.7
O66.8	O80.8	O91.2	Q52.8
O66.9	O80.9	O92.0	Q52.9
O67.0	O81.0	O92.1	Q96.0
O67.8	O81.1	O92.2	Q96.1
O67.9	O81.2	O92.3	Q96.2
O68.0	O81.3	O92.4	Q96.4
O68.1	O81.4	O92.5	Q96.8
O68.2	O81.5	O92.6	Q96.9
O68.3	O82.0	O92.7	Q97.0
O68.8	O82.1	O94	Q97.1
O68.9	O82.2	O95	Q97.2
O69.0	O82.8	O96.0	Q97.3
O69.1	O82.9	O96.1	Q97.8
O69.2	O83.0	O96.9	Q97.9
O69.3	O83.1	O97.0	R87.0
O69.4	O83.2	O97.1	R87.1
O69.5	O83.3	O97.9	R87.2
O69.8	O83.4	O98.0	R87.3
O69.9	O83.8	O98.1	R87.4
O70.0	O83.9	O98.2	R87.5
O70.1	O84.0	O98.3	R87.6
O70.2	O84.1	O98.4	R87.7

R87.8	Z12.4	Z35.4	Z37.2
R87.9	Z30.1	Z35.5	Z37.3
S31.4	Z30.3	Z35.6	Z37.4
S37.4	Z30.5	Z35.7	Z37.5
S37.5	Z31.1	Z35.8	Z37.6
S37.6	Z31.2	Z35.9	Z37.7
T19.2	Z32.0	Z36.0	Z37.9
T19.3	Z32.1	Z36.1	Z39.0
T83.3	Z33	Z36.2	Z39.1
Y42.4	Z34.0	Z36.3	Z39.2
Y76.0	Z34.8	Z36.4	Z64.0
Y76.1	Z34.9	Z36.5	Z64.1
Y76.2	Z35.0	Z36.8	Z87.5
Y76.3	Z35.1	Z36.9	Z91.7
Y76.8	Z35.2	Z37.0	Z97.5
Z01.4	Z35.3	Z37.1	

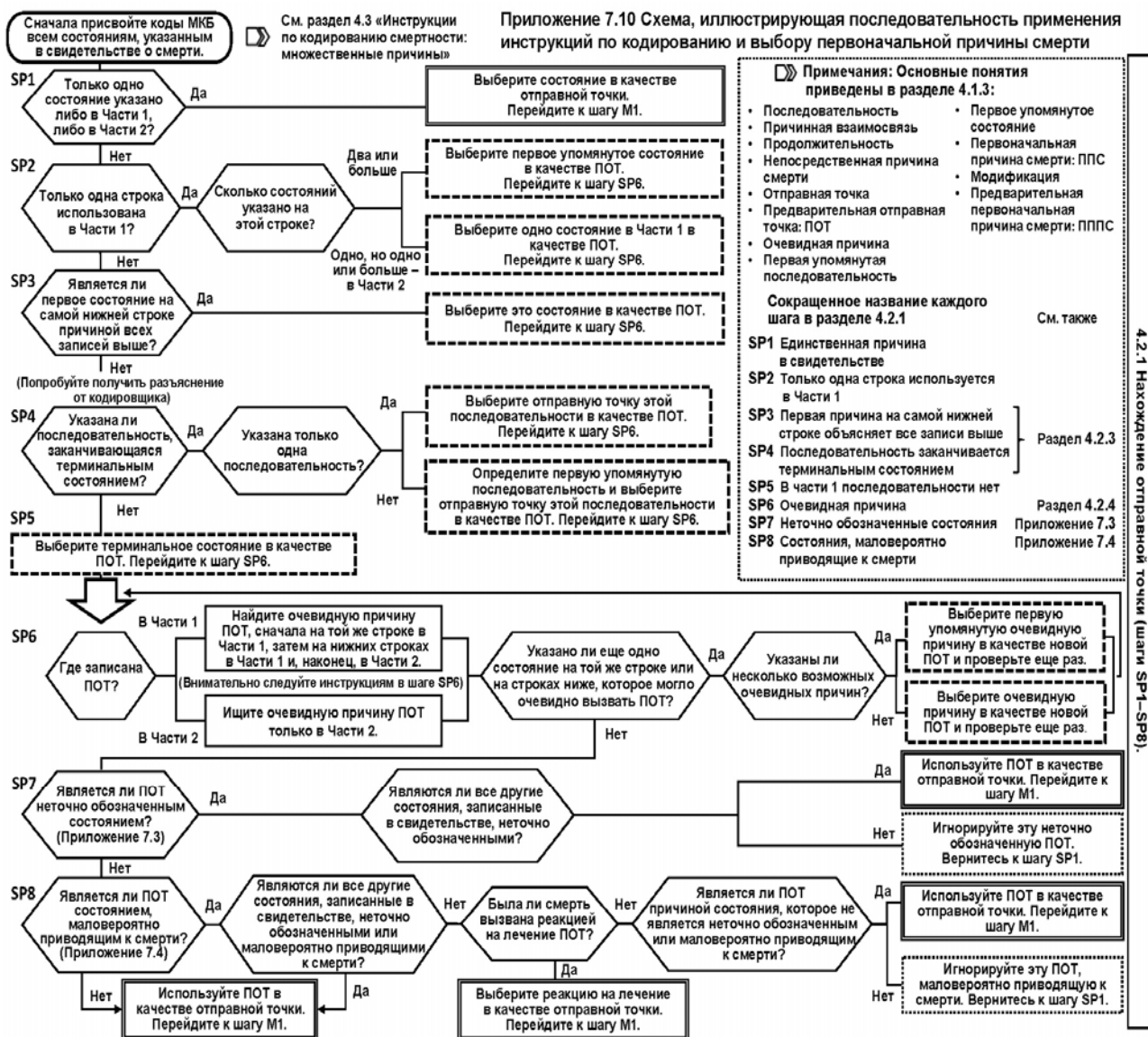
### 7.8.2 Перечень рубрик, ограниченных состояниями только у лиц мужского пола или встречающимися у них чаще всего

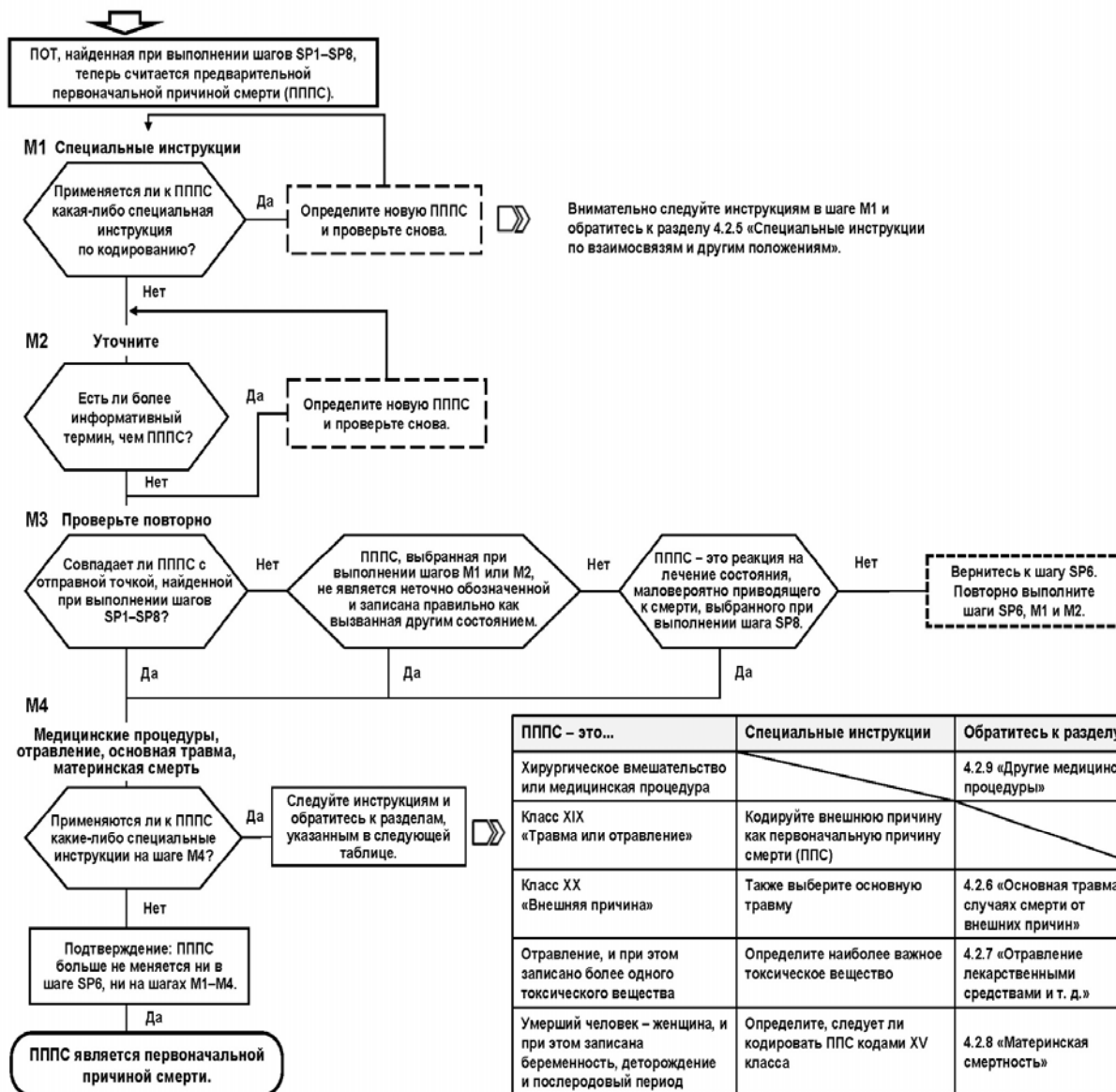
B26.0	E29.1	N48.2	Q55.0
C60.0	E29.8	N48.3	Q55.1
C60.1	E29.9	N48.4	Q55.2
C60.2	E89.5	N48.5	Q55.3
C60.8	F52.4	N48.6	Q55.4
C60.9	I86.1	N48.8	Q55.5
C61	L29.1	N48.9	Q55.6
C62.0	N40	N49.0	Q55.8
C62.1	N41.0	N49.1	Q55.9
C62.9	N41.1	N49.2	Q98.0
C63.0	N41.2	N49.8	Q98.1
C63.1	N41.3	N49.9	Q98.2
C63.2	N41.8	N50.0	Q98.3
C63.7	N41.9	N50.1	Q98.4
C63.8	N42.0	N50.8	Q98.5
C63.9	N42.1	N50.9	Q98.6
D07.4	N42.2	N51.0	Q98.7
D07.5	N42.3	N51.1	Q98.8
D07.6	N42.8	N51.2	Q98.9
D17.6	N42.9	N51.8	R86.0
D29.0	N43.0	P83.5	R86.1
D29.1	N43.1	Q53.0	R86.2
D29.2	N43.2	Q53.1	R86.3
D29.3	N43.3	Q53.2	R86.4
D29.4	N43.4	Q53.9	R86.5
D29.7	N44	Q54.0	R86.6
D29.9	N45.0	Q54.1	R86.7
D40.0	N45.9	Q54.2	R86.8
D40.1	N46	Q54.3	R86.9
D40.7	N47	Q54.4	S31.2
D40.9	N48.0	Q54.8	S31.3
E29.0	N48.1	Q54.9	Z12.5

## 7.9 Перечень пересмотренных терминов в инструкциях по кодированию смертности

МКБ-10, предыдущие издания	МКБ-10, издание 2016 года
Исходная предшествовавшая причина	Отправная точка
Исходная причина	Отправная точка
Правила выбора исходной предшествовавшей причины смерти	Нахождение отправной точки
Общий принцип	Шаг SP3 – Более одной строки используются в Части 1, первая причина на самой нижней строке является причиной всех состояний, записанных выше
Правило 1	Шаг 4 – Первая причина на самой нижней заполненной строке не является причиной всех записей выше, но последовательность заканчивается терминальным состоянием
Правило 2	Шаг SP5 – В части 1 последовательности нет
Правило 3	Шаг SP6 – Очевидная причина
Правило А. Старость и другие неточно обозначенные состояния	Шаг SP7 – Неточно обозначенные состояния
Правило Б. Банальные состояния	Шаг SP8 – Состояния, маловероятно приводящие к смерти
Правила модификации	Проверка на модификации отправной точки
Правило В. Связанные состояния	Шаг M1 – Специальные инструкции
Правило Г. Специфичность	Шаг M2 – Специфичность
«Когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний»	«Когда записано как причина»
Характер травмы	Основная травма

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





## **7.11 Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования для стран, использующих свидетельство о причине перинатальной смерти 1993 года <sup>1</sup>**

В связи с обновлением в 2016 году *Международной формы медицинского свидетельства о причине смерти* рекомендуется использовать только одно свидетельство для всех случаев (см. приложение 7.1).

Ранее рекомендованное свидетельство о перинатальной смерти следует заменить формой, приведенной в приложении 7.1. Если из-за юридических или иных ограничений введение формы свидетельства из приложения 7.1 затягивается, следует применять изложенные ниже правила.

Дополнительная информация, представленная в приложении 7.1.3, может быть полезной для мониторинга перинатальной и младенческой смертности в стране или регионе. Однако эта информация не влияет на результат кодирования в соответствии с МКБ-10.

### **7.11.1 Свидетельство о перинатальной смерти**

В случае, когда необходимо заполнять отдельное свидетельство о причине перинатальной смерти, состояния, приведшие к смерти, должны располагаться следующим образом:

- (а) основное заболевание или патологическое состояние плода или младенца
- (б) другие заболевания или патологические состояния плода или младенца
- (в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или младенца
- (г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или младенца
- (д) другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти

В свидетельстве следует записывать идентифицирующие личность данные с указанием даты и времени смерти, информацию о том, родился ребенок живым или мертвым, а также результаты вскрытия.

Для проведения тщательного анализа данных о перинатальной смертности, помимо информации о причинах смерти, причем не только относительно случаев перинатальной смерти, но также относительно всех живорожденных, нужны сведения о матери и ребенке (см. приложение 7.1.3).

Методы, с помощью которых собирают дополнительные сведения о матери и ребенке, могут различаться в отдельных странах в зависимости от принятых в них систем регистрации актов гражданского состояния. Там, где они могут быть собраны при регистрации случаев мертворождения и ранней неонатальной смерти, можно использовать форму, подобную «Свидетельству о причине перинатальной смерти». В других случаях необходимы специальные меры (например, соединение отдельных записей о случаях рождения и смерти), для того чтобы при анализе свести воедино дополнительные сведения и данные о причине смерти.

В странах, где порядок регистрации актов гражданского состояния затрудняет введение общего свидетельства о смерти для живорожденных и мертворожденных, проблему можно решить путем введения отдельных свидетельств для случаев мертворождения и для ранней неонатальной смерти, каждое из которых должно включать рекомендованную форму для записи причин смерти.

<sup>1</sup> МКБ-10, 1995 г., Том 2, с. 100. (прим. пер.)

## 7.11.2 Порядок записи причин смерти

Свидетельство, помимо разделов для записи другой информации, содержит 5 строк для записи причин перинатальной смерти, обозначенных буквами от (а) до (д). В строки (а) и (б) следует вносить болезни или патологические состояния новорожденного или плода, причем одно, наиболее важное, записывают на строке (а), а остальные, если таковые имеются, на строке (б). Под «одним наиболее важным» подразумевается патологическое состояние, которое, по мнению лица, заполняющего свидетельство, внесло наибольший вклад в смерть ребенка или плода. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия или аноксия, характеризующие механизм смерти, не следует записывать на строке (а), если только они не были единственным известным состоянием плода или новорожденного. Это положение относится также и к случаям недоношенности.

На строках (в) и (г) следует записывать все болезни или состояния матери, которые, по мнению лица, заполняющего свидетельство, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на новорожденного или плод. И в этом случае наиболее важное из этих состояний нужно записывать на строке (в), а другие, если таковые имеются, – на 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.

Следующие примеры иллюстрируют рекомендуемый в соответствующих случаях порядок записи причин смерти.

*Пример 1:* Мать, у которой предыдущие беременности закончились самопроизвольными абортами в сроки 12 и 18 недель, была госпитализирована со сроком беременности 24 недели с диагнозом «преждевременные роды». Роды были самопроизвольными; родился ребенок массой 700 г, который умер в течение первого дня жизни. Основное патологическое состояние, обнаруженное при вскрытии, – «недоразвитие легких».

Причины перинатальной смерти:

- а) Недоразвитие легких
- б) —
- в) Преждевременные роды, причина неизвестна
- г) Привычный аборт
- д) —

*Пример 2:* Женщина 26 лет с первой беременностью, в анамнезе регулярные менструальные циклы, получила стандартную дородовую помощь, начиная с 10-й недели беременности. На 30–32-й неделе беременности клинически была отмечена задержка развития плода, подтвержденная на 34-й неделе. Кроме бессимптомной бактериурии, не было выявлено никакой явной причины этого состояния. Было сделано кесарево сечение и извлечен живой мальчик массой 1600 г. Плацента весила 300 г и была охарактеризована как инфарктная. У ребенка развился респираторный дистресс-синдром, который поддавался лечению. Ребенок умер внезапно на 3-й день. При вскрытии обнаружены обширные легочные гиалиновые мембраны и массивное внутрижелудочковое кровоизлияние.

Причины перинатальной смерти:

- а) Внутрижелудочковое кровоизлияние
- б) Респираторный дистресс-синдром  
Задержка развития плода

- в) Недостаточность плаценты
- г) Бактериурия при беременности  
Кесарево сечение

*Пример 3:* У женщины с диагностированным сахарным диабетом, который недостаточно контролировался на протяжении ее первой беременности, на 32-й неделе беременности развилась мегалобластная анемия. В 38 недель были вызваны роды. В результате самопроизвольных родов родился ребенок массой 3200 г. У ребенка развилась гипогликемия, и на второй день он умер. На вскрытии обнаружен общий артериальный ствол.

Причины перинатальной смерти:

- а) Общий артериальный ствол
- б) Гипогликемия
- в) Сахарный диабет
- г) Мегалобластная анемия
- д) —

*Пример 4:* У женщины 30 лет, имеющей 4-летнего здорового мальчика, беременность протекала нормально, если не считать многоводия. При рентгеновском обследовании в 36 недель была обнаружена анэнцефалия плода. Были вызваны роды. Родился мертвый плод массой 1500 г с анэнцефалией.

Причины перинатальной смерти:

- а) Анэнцефалия
- б) —
- в) Многоводие
- г) —
- д) —

### **7.11.3 Составление статистических таблиц по причинам перинатальной смерти**

Для статистики перинатальной смертности, максимальную пользу дает полномасштабный анализ по множественным причинам всех указанных состояний. Там, где такой анализ неосуществим, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного (строка (а) свидетельства о перинатальной смерти) и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного (строка (в)), с перекрестной разработкой этих двух состояний. Если необходимо выбрать лишь одно состояние (например, когда нужно включить случаи смерти в раннем неонатальном периоде в таблицы анализа смерти по единичной причине во всех возрастных группах), следует выбирать основное заболевание или состояние плода или новорожденного (строка (а)).

### **7.11.4 Кодирование причин смерти**

Каждое состояние, записанное на строках (а), (б), (в) и (г), следует кодировать отдельно. Состояния матери, оказавшие влияние на новорожденного или плод и записанные на строках (в) и (г), необходимо кодировать рубриками P00–P04; эти рубрики не следует использовать для кодирования состояний, записанных на строках (а) и (б). Состояния плода или новорожденного, записанные на строке (а), можно кодировать любыми рубриками, кроме рубрик P00–P04, однако в большинстве случаев нужно использовать рубрики P05–P96 «Перинатальные состояния» или Q00–Q99 «Врожденные аномалии». Для кодирования состояний, записанных на строках (а) и (в), используют только по одному коду, а для кодирования состояний, записанных на строках (б) и (г), следует использовать столько кодов, сколько указано состояний.



Строка (д) предназначена для рассмотрения обстоятельств отдельных случаев перинатальной смерти, поэтому обычно запись на этой строке не нуждается в кодировании. Однако если необходимо провести статистический анализ обстоятельств, записанных на строке (д), то в классах XX и XXI можно подобрать некоторые подходящие рубрики; если же это не удастся сделать, пользователи этой статистики должны разработать свою собственную систему кодирования этой информации.

### 7.11.5 Правила кодирования

Правила выбора причин, используемые для статистической разработки данных об общей смертности, неприменимы к свидетельству о причине перинатальной смерти. Может случиться, что в полученных свидетельствах причины смерти не будут записаны в соответствии с указанными выше правилами. Всякий раз, когда это возможно, такие свидетельства должны быть исправлены теми, кто их заполнил, в противном случае предлагается руководствоваться следующими правилами.

#### ***Правило P1 – Сведения о механизме смерти или недоношенности записаны на строке (а)***

Если на строке (а) записаны такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия или аноксия (любое из состояний, относящихся к рубрикам P20.-, P21.-), или недоношенность (любое из состояний, относящихся к рубрике P07.-), а другие состояния новорожденного или плода записаны либо на строке (а), либо на строке (б), то кодируют первое из упомянутых этих других состояний так, как если бы оно одно было указано на строке (а), и состояние, фактически указанное на строке (а), кодируют так, как если бы оно было записано на строке (б).

<i>Пример 1:</i>	Живорожденный; смерть в возрасте 4 дней	Коды
а)	Недоношенность	Q05.9
б)	Spina bifida	P07.3
в)	Недостаточность плаценты	P02.2
г)	—	

Недоношенность кодируют на строке (б), а spina bifida – на строке (а).

<i>Пример 2:</i>	Живорожденный; смерть через 50 минут после рождения	Коды
а)	Тяжелая родовая асфиксия	Q03.9
	Гидроцефалия	
б)	—	P21.0
в)	Затрудненные роды	P03.1
г)	Тяжелая преэклампсия	P00.0

Тяжелую родовую асфикию кодируют на строке (б), а гидроцефалию – на строке (а).

#### ***Правило P2 – Два или более состояний записаны на строке (а) или на строке (в)***

Если два или более состояний записаны на строке (а) или на строке (в), кодируют первое из упомянутых состояний так, как если бы оно одно было записано на строке (а) или на строке (в), а другие состояния кодируют так, как если бы они были записаны на строках (б) или (г).

<i>Пример 3:</i>	Мертворожденный; смерть наступила до начала родов	Коды
а)	Тяжелая недостаточность питания плода «Маловесный» для гестационного возраста плод Дородовая аноксия	P05.0
б)	—	P20.9
в)	Тяжелая преэклампсия Предлежание плаценты	P00.0
г)	—	P02.0

«Маловесный» для гестационного возраста плод с недостаточностью питания кодируют на строке (а), а дородовую аноксию – на строке (б); тяжелую преэклампсию кодируют на строке (в), а предлежание плаценты – на строке (г).

<i>Пример 4:</i>	Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней	Коды
а)	Травматическое субдуральное кровоизлияние Массивная аспирация мекония Внутриматочная аноксия	P10.0
б)	Гипогликемия Переношенная беременность	P24.0 P20.9 P70.4 P08.2
в)	Родоразрешение при помощи щипцов	P03.2
г)	Тяжелая преэклампсия	P00.0

Травматическое субдуральное кровоизлияние кодируют на строке (а), а другие состояния, записанные на строке (а), кодируют на строке (б).

### ***Правило P3 – Отсутствие записей на строке (а) или на строке (в)***

Если на строке (а) нет записей, но на строке (б) имеются записи о состоянии новорожденного или плода, кодируют первое из упомянутых на строке (б) состояний, как если бы оно было указано на строке (а); если записей нет ни на строке (а), ни на строке (б), для кодирования на строке (а) используют рубрику P95 «Смерть плода по неуточненной причине» – для мертворожденных, или подрубрику P96.9 «Состояние, возникающее в перинатальном периоде неуточненное» – для случаев ранней неонатальной смерти.

Аналогичным образом, если нет записей на строке (в), но на строке (г) имеются записи о состояниях матери, кодируют первое из упомянутых на этой строке состояний, как если бы оно было указано на строке (в); если на строке (в) и на строке (г) записи отсутствуют, в этом случае на строке (в) используют какой-нибудь искусственный код (например, xxx.x), чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

<i>Пример 5:</i>	Живорожденный; смерть через 15 минут после рождения	Коды
а)	—	P10.4
б)	Разрыв мозжечкового намета Респираторный дистресс-синдром	P22.0
в)	—	xxx.x
г)	—	

Разрыв мозжечкового намета кодируют на строке (а); на строке (в) используют код xxx.x.

<i>Пример 6:</i>	Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней	Коды
а)	—	P95
б)	—	
в)	—	P00.0
г)	Эклампсия (продолжительная эссенциальная гипертензия)	

Неуточненную причину перинатальной смерти кодируют на строке (а), а эклампсию – на строке (в).

#### ***Правило P4 – Состояния, ошибочно записанные на другой строке***

Если состояние матери (т. е. состояния, относящееся к рубрикам P00–P04) записано на строке (а) или (б), или если состояние новорожденного или плода указано на строке (в) или (г), кодируют эти состояния так, как если бы они были записаны на соответствующих правильных строках.

Если состояние, классифицируемое как состояние новорожденного или плода, или как состояние матери, ошибочно записано на строке (д), его кодируют как прочее состояние плода или матери соответственно на строках (б) или (г).

<i>Пример 7:</i>	Мертворожденный; смерть наступила после начала родов	Коды
а)	Тяжелая внутриутробная гипоксия	P20.9
б)	Стойкое высокое стояние головки плода	
в)	—	P03.1
г)	—	P03.2
е)	Тяжелое родоразрешение с помощью щипцов	

Стойкое высокое стояние головки плода кодируют на строке (в); тяжелое родоразрешение с помощью щипцов кодируют на строке (г).

## Библиографические ссылки

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1990.
2. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED). Chicago: College of American Pathologists; 1976.
3. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC). New York: American Cancer Society; 1968.
4. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago: College of American Pathologists; 1965.
5. Alexander S, Shrank AB. International coding index for dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1978.
6. Application of the International classification of diseases to dentistry and stomatology, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 1995 ([http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40919/1/9241544678\\_eng.pdf](http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/40919/1/9241544678_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
7. Application of the International classification of diseases to neurology (ICDNA), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
8. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, accessed 22 May 2015).
9. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993 (<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>, accessed 22 May 2015).
10. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10. Chapter 5, Primary care version. Göttingen: WHO/Hogrefe & Huber Publishers; 1975 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0889371482\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1996/0889371482_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
11. Rutter M, World Health Organization. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 1996.
12. International classification of procedures in medicine (ICPM), volume 1. Geneva: World Health Organization, 1978 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9241541245\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1978/9241541245_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
13. International classification of procedures in medicine (ICPM), volume 2. Geneva: World Health Organization, 1978, reprinted 1990 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40527/2/9241541253\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40527/2/9241541253_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
14. The International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 22 May 2015).

15. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf), accessed 22 May 2015).
16. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, accessed 22 May 2015).
17. Bacterial diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 1. Geneva: World Health Organization; 1983.
18. Mycoses. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 2. Geneva: World Health Organization; 1982.
19. Viral diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 3. Geneva: World Health Organization; 1985.
20. Bacterial diseases. International nomenclature of diseases. Volume II Infectious diseases. Part 4. Geneva: World Health Organization; 1987.
21. International nomenclature of diseases. Volume III Diseases of the lower respiratory tract. Infectious diseases. Part 1 Geneva: World Health Organization; 1979.
22. International nomenclature of diseases. Volume IV Diseases of the digestive system. Geneva: World Health Organization; 1990.
23. International nomenclature of diseases. Volume V Cardiac and vascular diseases. Geneva: World Health Organization; 1989.
24. International nomenclature of diseases. Volume VI Metabolic, nutritional and endocrine disorders. Geneva: World Health Organization; 1991.
25. International nomenclature of diseases. Volume VII Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
26. International nomenclature of diseases. Volume VIII Diseases of the female genital system. Geneva: World Health Organization; 1992.
27. Sixteenth annual report. Appendix. London: Registrar General of England and Wales; 1856:73.
28. Report of the international conference for the sixth decennial revision of the international lists of diseases and causes of death. In: Official records of the World Health Organization. No. 11. Report of expert committees and other advisory bodies to the Interim Commission. New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:23–32 ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/11e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/11e.pdf), accessed 24 May 2014).
29. Knibbs GH. The International classification of disease and causes of death and its revision. *Med J Aust.* 1929;1:2–12.
30. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge: Cambridge University Press; 1948.
31. Committee on Organization. First annual report of the Registrar-General of births, deaths and marriages in England. London: W Clowes and Sons; 1839.

32. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography, Washington September 28 1912. Washington, DC: Government Printing Office; 1912.
33. Bulletin of the International statistical institute,. 1900;12:280.
34. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Geneva: League of Nations Health Organization; 1928 (document CH 730).
35. International list of causes of death. The Hague: International Statistical Institute; 1940.
36. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London: Her Majesty's Stationery Office; 1944 (Special Report Series No 248).
37. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, DC: Government Publishing Office; 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
38. Arrangement concluded by the governments represented at the International Health Conference for the establishment of an Interim Commission of the World Health Organization. In: Official records of the World Health Organization. No. 2. Proceedings and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. New York and Geneva: United Nations and World Health Organization; 1948:110–12 ([http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf), accessed 24 May 2015).
39. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1946 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitutionen.pdf?ua=1>, accessed 1 June 2015).
40. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva: World Health Organization; 1949.
41. Report of the international conference for the seventh revision of the international lists of diseases and causes of death. Geneva: World Health Organization; 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).
42. Third report of the expert committee on health statistics. Geneva: World Health Organization; 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
43. Report of the international conference for the eighth revision of the international classification of diseases. Geneva: World Health Organization; 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4).
44. International classification of diseases. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the Ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the Twenty-ninth World Health Assembly. Volume 1. Geneva: World Health Organization; 1977.