

ШИФРОВКА ДАННЫХ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В СООТВЕТСТВИИ С МКБ-10

Для обеспечения управления здравоохранением на современном уровне, развития медицинской науки необходим постоянный сбор данных о здоровье населения, деятельности учреждений здравоохранения, что в свою очередь стимулирует интенсивное развитие, повышение надежности информационных систем, создание которых не может быть осуществлено без классификационных основ.

Одной из ведущих классификационных основ является Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ), которая периодически пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

Действующая классификация (МКБ-10) была одобрена Международной конференцией по десятому пересмотру МКБ в 1989 году и в следующем году была принята сорок третьей сессией Всемирной Ассамблеи Здравоохранения.

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

Практически, МКБ стала международной стандартной диагностической классификацией для всех общих эпидемиологических и многих связанных с управлением здравоохранением целей. Они включают анализ общей ситуации со здоровьем групп населения и мониторинг частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами, такими как некоторые особенности или обстоятельства, влияющие на индивидов. МКБ не пригодна и не предназначена для индексирования отдельных клинических случаев. Имеются также определенные трудности в использовании МКБ для изучения финансовых вопросов, таких как выписывание счетов или распределение ресурсов.

МКБ может быть использована для классификации заболеваний и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации, связанной со здоровьем и естественным движением населения. Она первоначально использовалась для классификации причин смерти, записываемых при регистрации смерти. Позднее ее рамки были расширены, чтобы включить диагнозы для статистики заболеваемости. Важно отметить, что поскольку МКБ, главным образом, предназначена для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, не каждая проблема или причина обращения за медицинской помощью могут быть обозначены таким образом. Поэтому МКБ предусматривает в своей структуре широкий спектр признаков, симптомов, выявленных патологий, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут замещать диагнозы в медицинской документации (классы XVIII и XXI). Следовательно, МКБ может быть использована для классификации данных, записанных под заголовками, такими как "диагноз", "причина госпитализации", "состояния, по поводу которых проводилось лечение", "причина консультации", которые имеются в разнообразных видах медицинской документации, откуда привлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

1. СМЕРТНОСТЬ

1.1. Причины смерти

По определению ВОЗ причины смерти, которые должны регистрироваться в медицинском свидетельстве о причине смерти это "все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы". Это определение не предусматривает включения в свидетельство симптомов и явлений, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), таких, как сердечная или дыхательная недостаточность.

На врача, подписывающего медицинское свидетельство о смерти, ложится ответственность определить, какое болезненное состояние непосредственно привело к смерти, и установить предшествовавшие состояния, способствовавшие возникновению данной причины.

Медицинское свидетельство о смерти, приведенное ниже, составлено с расчетом облегчить отбор первоначальной причины смерти в случаях, когда одновременно указаны две или несколько причин. Часть I медицинского свидетельства предназначена для заболеваний, связанных с последовательным рядом событий, непосредственно приведших к смерти, а часть II - для состояний, способствующих смерти, но не связанных с патологическим состоянием, приведшим к ней.

Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти

ПРИЧИНА СМЕРТИ		Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью
I		
Болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти*	а) вызванная (или как следствие)	
Предшествовавшие причины	б) вызванная (или как следствие)	
Патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной болезни; первоначальная причина смерти указывается в последнюю очередь	в) вызванная (или как следствие)	
	г)	
II		
Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшими к ней		
* Сюда не включаются симптомы и явления, сопровождавшие наступление смерти (механизм смерти), такие, как сердечная недостаточность, нарушение дыхания и т. д.; включаются болезни, травмы и осложнения, приведшие к смерти		

Когда имеется только одна причина смерти, то она и берется для статистической разработки. Когда же зарегистрирована более, чем одна причина смерти, то выбор должен осуществляться в соответствии с правилами, приведенными в разделе 1.4. Правила основаны на концепции первоначальной причины смерти.

1.2. Первоначальная причина смерти

Первоначальная причина смерти определена как а) "болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти", или б) "обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму".

1.3. Процедуры выбора первоначальной причины смерти для статистической разработки данных о смертности

Если зарегистрировано несколько возможных причин смерти, первым шагом в выборе первоначальной причины является определение исходной предшествовавшей причины, указанной на нижней заполненной строке Части I медицинского свидетельства о причине смерти, используя ОБЩИЙ ПРИНЦИП, либо правила выбора причины 1, 2 и 3.

При некоторых обстоятельствах МКБ допускает замену указанной исходной причины другой более подходящей для обозначения первоначальной причины смерти при статистической разработке. На-

пример, имеется ряд рубрик для обозначения комбинаций состояний, или предпочтение может быть отдано другим состояниям, указанным в свидетельстве в силу имеющихся первостепенных эпидемиологических причин.

В тех случаях, когда исходной предшествовавшей причиной является травма или другое воздействие внешней причины, классифицированной в классе XIX, в качестве первоначальной причины смерти для статистической разработки следует выбрать обстоятельство, которое привело к возникновению этого патологического состояния и кодировать рубриками V01-Y89. Код, обозначающий данную травму или воздействие, может быть использован в качестве дополнительного кода.

1.4. Правила выбора исходной предшествовавшей причины смерти

Последовательный ряд

Выражение "последовательность" относится к двум или более состояниям, записанным на следующих друг за другом строках Части I свидетельства, причем каждое состояние можно считать вероятной причиной возникновения другого состояния, указанного одной строкой выше.

Пример 1:

- I а) Кровотечение из варикозных вен пищевода
- б) Портальная гипертензия
- в) Цирроз печени
- г) Гепатит В

Если на одной строке свидетельства указано более одной причины смерти, то можно записать несколько логических последовательных рядов событий.

Пример 2:

- I а) Кома
- б) Инфаркт миокарда и цереброваскулярное нарушение
- в) Атеросклероз Гипертензия

Логическое построение последовательности таково:

- Атеросклероз (приведший к) инфаркту миокарда (приведшего к) коме
- Атеросклероз (приведший к) цереброваскулярному нарушению (приведшему к) коме
- Гипертензия (приведшая к) инфаркту миокарда (приведшему к) коме
- Гипертензия (приведшая к) цереброваскулярному нарушению (приведшему к) коме

ОБЩИЙ ПРИНЦИП

Общий Принцип гласит, что в тех случаях, когда в свидетельстве указано более одного патологического состояния, в качестве исходной предшествовавшей причины выбирают состояние, которое единственно записано на нижней заполненной строке Части I только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных в свидетельстве выше.

Пример 3:

- I а) Печеночная недостаточность
- б) Закупорка желчного протока
- в) Рак головки поджелудочной железы

Выбирают рак головки поджелудочной железы (C25.0).

ПРАВИЛА ВЫБОРА

Правило 1. Если Общий Принцип не применим и записан последовательный ряд событий, закончившийся состоянием, указанным в свидетельстве первым, выбирают исходную причину этого последовательного

ряда. Если имеется более чем один последовательный ряд, закончившийся состоянием упомянутым в свидетельстве первым выбирают начальную причину первого из упомянутых последовательных рядов.

Пример 4:

а) Бронхопневмония

б) Инфаркт мозга и гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца

Выбирают инфаркт мозга (I63.9). В данном случае имеются два последовательных ряда событий, которые привели к возникновению состояния, указанного в свидетельстве первым: бронхопневмония вследствие инфаркта мозга и бронхопневмония вследствие гипертонической болезни с преимущественным поражением сердца. Выбирается исходная причина последовательного ряда, упомянутого первым.

Правило 2. Если не записан последовательный ряд событий, закончившийся состоянием, указанным в свидетельстве первым, выбирают это первое упомянутое состояние.

Пример 5:

а) Фиброкистозная болезнь поджелудочной железы

б) Бронхит и бронхоэктазия

Выбирают фиброкистозную болезнь поджелудочной железы (E84.9). В данном случае отсутствует последовательный ряд состояний.

Правило 3. Если состояние, выбранное согласно Общему Принципу или Правилам 1 или 2, явно является прямым следствием другого состояния, указанного в Части I или II свидетельства, выбирают это первичное состояние.

1.5. Некоторые соображения, касающиеся правил выбора

В правильно заполненном свидетельстве исходная предшествовавшая причина должна быть представлена одним диагнозом на нижней заполненной строке Части I, а состояния, которые возникли как следствие этой первоначальной причины (если они имели место), должны быть записаны выше, по одному на каждой строке, в восходящем порядке соответственно причинной последовательности.

Пример 6:

а) Уремия

б) Гидронефроз

в) Задержка мочи

г) Гипертрофия предстательной железы

Таким образом, к правильно заполненному свидетельству применим Общий Принцип. Однако, даже если свидетельство не было заполнено правильно, Общий Принцип тем не менее может быть применен в том случае, если состояние, единственно указанное на самой нижней заполненной строке Части I свидетельства могло послужить причиной возникновения всех других состояний, указанных выше, даже если патологические состояния, указанные в верхних строках, не были записаны в их правильной причинной последовательности.

Пример 7:

а) Генерализованные метастазы

б) Бронхопневмония

в) Рак легкого

Общий принцип нельзя применять в том случае, если на нижней заполненной строке Части I указано более чем одно патологическое состояние или если указанное одно состояние не могло привести к возникновению всех патологических состояний указанных выше.

В тех случаях, когда Общий Принцип не может быть применен, от заполнившего свидетельство лица, когда это возможно, должно быть получено разъяснение записей в свидетельстве, так как правила

выбора первоначальной причины в известной мере допускают произвольное толкование и не всегда ведут к удовлетворяющему выбору первоначальной причины. Однако, если невозможно получить дополнительные разъяснения, следует применять правила выбора.

Правило 1 применимо лишь в тех случаях, когда представлен последовательный ряд событий, закончившийся состоянием, указанным в свидетельстве первым. Если такой последовательный ряд отсутствует, применяют Правило 2 и выбирают состояние, указанное первым.

Состояние, выбранное в соответствии с вышеуказанными правилами, может, однако, являться очевидным следствием другого состояния, которое не представлено в соответствующей причинной связи с выбранным состоянием, например, если оно записано в Части II или на той же строке в Части I. Если это так, то применяется также Правило 3 и выбирается исходное первичное состояние. Однако это делается только тогда, когда нет сомнений в причинной зависимости между этими двумя состояниями; причинная связь между ними не может считаться установленной лишь на основании записи, сделанной заполнявшим свидетельство лицом.

1.6. Модификация выбранной причины

Отобранная причина смерти не всегда может оказаться наиболее полезным и информативным патологическим состоянием для статистической разработки данных. Например, если в качестве первоначальной причины была выбрана старость или некоторые генерализованные болезни, такие как гипертония или атеросклероз, это будет менее полезная информация чем можно было бы получить, отобрав проявление или результат процесса старения или развития болезни. Иногда может оказаться необходимым модифицировать выбор чтобы соответствовать положениям классификации болезней, используя единый код для двух или более причин, совместно указанных, или сделав предпочтение выбору определенной причины, когда она указана совместно с некоторыми другими состояниями.

Правила модификации, приведенные ниже, должны улучшать содержание и повышать точность данных о смертности и должны применяться после отбора исходной предшествовавшей причины. Взаимосвязанный процесс выбора и модификации описаны как отдельные процессы, чтобы обеспечить ясность изложения.

Некоторые из правил модификации требуют дополнительного использования правил выбора, что не должно представлять затруднений для опытных кодировщиков, но важно пройти через весь процесс выбора, модификации, и, если необходимо, повторного выбора первоначальной причины смерти.

1.7. Правила модификации

ПРАВИЛО А. Старость и другие неточно обозначенные состояния

Если выбранная причина относится к Классу XVIII (Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), за исключением рубрики R95 (Синдром внезапной смерти грудного ребенка), и состояние, классифицированное где-либо кроме рубрик R00-R94 или R96-R99, указано в свидетельстве, то производят повторный выбор причины смерти, как если бы состояние, классифицированное в классе XVIII, не было записано в свидетельстве, за исключением тех случаев, когда оно принимается во внимание при модификации кода.

Пример 8:

- I а) Старость и застойная пневмония
- б) Ревматоидный артрит

Кодируют ревматоидный артрит (M06.9). Старость выбранная согласно Правилу 2, не принимается во внимание и применяется Общий Принцип.

ПРАВИЛО В. Тривиальные состояния

Если выбранная причина - сравнительно легкое заболевание или тривиальное состояние и маловероятно, что оно может быть причиной смерти, а в свидетельстве указано более серьезное состояние, производится повторный выбор первоначальной причины, как если бы это тривиальное состояние не было упомянуто. Если смерть явилась результатом неблагоприятной реакции на лечение этого тривиального состояния, в качестве причины смерти выбирают эту неблагоприятную реакцию.

Пример 9:

I а) Бурсит и язвенный колит

Кодируют язвенный колит (K51.9). Бурсит, выбранный согласно Правилу 2, не принимается во внимание.

ПРАВИЛО С. Взаимосвязанные состояния (линкаж)

Если выбранная причина взаимосвязана, согласно положениям классификации или Инструктивным указаниям по кодированию первоначальной причины смерти с одним или несколькими другими состояниями, указанными в свидетельстве, кодируют комбинацию состояний.

Комбинация состояний, из которых одно уточнено как следствие другого, кодируется как комбинация этих состояний только в том случае, если запись правильно отражает их причинно-следственную связь или эта связь становится очевидной при использовании правил выбора.

Если взаимосвязь состояний представляется спорной, то устанавливается связь с состоянием, которое могло бы быть выбрано в качестве причины смерти, если бы первоначально выбранная причина не была указана в свидетельстве. Там, где это возможно, производят дальнейший линкаж состояний.

Пример 10:

I а) Острый инфаркт миокарда

б) Атеросклеротическая болезнь сердца

в) Грипп

Кодируют острый инфаркт миокарда (I21.9). Атеросклеротическая болезнь сердца, выбранная согласно Правилу 1 (см. пример 13), связывается с острым инфарктом миокарда.

ПРАВИЛО D. Специфичность

Если выбранная причина характеризует состояние лишь в общих чертах, а в свидетельстве приводится термин, более точно определяющий локализацию и природу этого состояния, предпочтение отдается более информативному термину. Это правило часто применяется в тех случаях, когда общий термин может рассматриваться как определение, уточняющее более информативный термин.

Пример 11:

I а) Ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана

Кодируют ревматический митральный стеноз (I05.0).

ПРАВИЛО E. Ранняя и поздняя стадии болезни

Если выбранной причиной является ранняя стадия болезни и в свидетельстве указана также более поздняя стадия той же болезни, необходимо кодировать более позднюю стадию болезни. Это правило не применяется к хроническим формам, указанным в свидетельстве как следствие "острого" состояния, за исключением случаев, для которых в классификации предусмотрены специальные инструкции.

Пример 12:

I а) Эклампсия в период беременности

б) Преэклампсия

Кодируют эклампсию в период беременности (O15.0).

ПРАВИЛО F. Отдаленные последствия

Если выбранной причиной является ранняя форма патологического состояния, для которого в классификации предусмотрена самостоятельная рубрика "Последствия ...", и очевидно, что смерть вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией, кодируют соответствующей рубрикой "Последствия..." данного состояния. Предусмотрены следующие рубрики для классификации "Последствий..." B90-B94, E64.-, E68, G09, I69, O97 и Y85-Y89.

Пример 13:

- Г а) Хронический нефрит
- б) Скарлатина

Кодируют последствия других уточненных инфекционных и паразитарных болезней (В94.8). Описание нефрита как "хронического" предполагает, что скарлатина более не находится в активной фазе.

2. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

2.1. В свидетельстве о причине перинатальной смерти состояния, приведшие к смерти должны располагаться следующим образом:

- а) Основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка
- б) Другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка
- в) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка
- г) Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка
- д) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти

В свидетельстве должны записываться идентифицирующие личность данные с указанием даты и времени смерти, информация о том, родился ли ребенок живым или мертвым, а также результаты вскрытия.

Для проведения детального анализа данных перинатальной смертности нужны следующие сведения о матери и ребенке, помимо информации о причинах смерти, причем не только относительно случаев перинатальной смерти, но также относительно всех живорожденных:

- Мать
- Дата рождения
- Число предшествовавших беременностей: роды живым плодом/роды мертвым плодом/аборты
- Дата и исход последней из предшествовавших беременностей: роды живым плодом/роды мертвым плодом/аборт
- Настоящая беременность:
 - первый день последней менструации (если неизвестен, то предполагаемый срок беременности в полных неделях)
 - родовая медицинская помощь, число посещений - два или более: да/нет/неизвестно
 - родоразрешение: нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании/другое (указать)
- Ребенок
- Масса при рождении в граммах
- Пол: мальчик/девочка/не определен
- Одноплодные роды/первый из двойни/второй из двойни/от другой многоплодной беременности
- Если ребенок родился мертвым, то когда произошла смерть: до начала родов/во время родов/неизвестно

В свидетельство также могут быть включены данные о принимавших роды лицах, представляемые по следующей схеме: врач/дипломированная акушерка/другое обученное лицо (указать)/другое лицо (указать).

Свидетельство включает 5 разделов для записи причин перинатальной смерти, обозначенных буквами от а) до д). В пункты а) и б) следует вносить болезни или патологические состояния новорожденного или плода, причем одну, наиболее важную, записывают в пункте а), а остальные, если таковые имеются, - в пункте б). Под "наиболее важным" подразумевается патологическое состояние, которое, по мнению лица, заполняющего свидетельство, в основном и привело к смерти ребенка или плода. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, характеризующие механизм смерти, не должны записываться в пункте а), если только они не были единственным известным состоянием плода или новорожденного. Это положение относится также и к недоношенности.

В пунктах в) и г) должны быть записаны все болезни или состояния матери, которые, по мнению заполняющего документ, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на новорожденного или плод. И в этом случае наиболее важное из них состояние должно записываться в пункте в), а другие, если таковые имеются, в пункте г). Пункт д) предусмотрен для записи других обстоятельств, которые оказали влияние на летальный исход, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или пато-

логическое состояние ребенка или матери, например родоразрешение в отсутствие лица, принимающего роды.

Следующий пример иллюстрирует рекомендуемый в этих случаях порядок записи причин смерти.

Пример 1. Первобеременная в возрасте 26 лет, в анамнезе регулярные менструальные циклы, получила стандартную родовую помощь, начиная с 10-й недели беременности. На 30-32-ой 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 весом 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

Для статистики перинатальной смертности максимальную пользу принесет осуществляемый в полном объеме анализ по множественным причинам всех зарегистрированных состояний. Там, где это неосуществимо, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного [пункт а)] и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного [пункт в)], используя перекрестную табуляцию 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 всех возрастных групп), следует выбирать основное заболевание или состояние плода или новорожденного [пункт а)].

2.2. Кодирование причин смерти

Каждое состояние, записанное в пунктах а), б), в) и г), следует кодировать отдельно. Состояния матери, оказывающие влияние на новорожденного или плод, записанные в пунктах в) и г), необходимо кодировать рубриками P00-P04; эти рубрики не должны использоваться для кодирования состояний, записанных в пунктах а) и б). Состояния плода или новорожденного, записанные в пункте 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 в пунктах а) и в) используют только по одному коду, но в пунктах б) и г) следует употреблять столько кодов, сколько сообщается состояний.

Пункт д) предназначен для рассмотрения, обстоятельств отдельных случаев перинатальной смерти, поэтому обычно запись в этом пункте не нуждается в кодировании. Однако если необходимо провести статистический анализ обстоятельств, записанных в пункте д) по единичной причине, то в Классах XX и XXI можно подобрать некоторые подходящие рубрики.

2.3. Правила кодирования

Правила выбора причин, используемые для статистической разработки данных общей смертности, не применимы к свидетельству о причине перинатальной смерти. Тем не менее, может случиться, что в полученных свидетельствах причины смерти не будут записаны в соответствии с правилами, указанными выше для перинатального периода. Всякий раз, когда это возможно такие свидетельства должны быть исправлены заполнившим их лицом, если же это неосуществимо, предлагается руководствоваться следующими правилами.

ПРАВИЛО П1. Сведения о механизме смерти или недоношенности записаны в пункте а).

Если в пункте 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 в пункте а) или пункте б), то кодируют первое из упомянутых этих других состояний, как если бы оно одно находилось в пункте а); состояние же, фактически указанное в пункте а), кодируется так, как если бы оно было записано в пункте б).

Пример 2:

Живорожденный; смерть через 50 мин 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, как если бы она была записана в пункте б), а гидроцефалию - как если бы это состояние было записано в пункте а).

ПРАВИЛО П2. Два или более состояний записаны в пункте а) или в)

Если два или более состояний записаны в пункте а) или пункте в), кодируют первое из упомянутых состояний, как если бы оно одно было записано в пункте а) или пункте в), а другие состояния кодируют так, как если бы они находились соответственно в пунктах б) или г).

Пример 3.

Мертворожденный; смерть наступила до начала родов Коды

а) Тяжелая недостаточность питания плода P05.0

"Маловесный" для срока

Дородовая аноксия

б) - P20.9

в) Тяжелая преэклампсия P00.0

Предлежание плаценты

г) - P02.0

"Маловесный" для срока при недостаточности питания плода кодируют в пункте а), а дородовую аноксию - в пункте б); тяжелую преэклампсию кодируют в пункте в), а предлежание плаценты - в пункте г).

ПРАВИЛО П3. Отсутствие записей в пункте а) или пункте в)

Если нет записи в пункте а), но записи о состоянии новорожденного или плода имеются в пункте б), кодируют первое из упомянутых в пункте б) состояний, как если бы оно находилось в пункте а); если записей нет ни в пункте а), ни в пункте б), для кодирования в пункте а) используют или рубрику P95 (Смерть плода по неуточненной причине) для мертворожденных или подрубрику P96.9 (Состояние, возникающее в перинатальный период, неуточненное) для случаев ранней неонатальной смерти.

Аналогичным образом, если нет записи в пункте в), но имеются записи о состоянии матери в пункте г), кодируют первое из упомянутых в пункте г) состояний, как если бы оно находилось в пункте в); если отсутствуют записи и в пункте в) и пункте г), используют в пункте в) какой-либо искусственный код (например, xxx.x), чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

Пример 4:

Живорожденный; смерть через 15 мин после рождения Коды

а) - P10.4

б) Разрыв мозжечкового намета P22.0

Синдром дыхательного расстройства

в) - xxx.x

г) -

Разрыв мозжечкового намета кодируют в пункте а); в пункте в) используют код xxx.x.

ПРАВИЛО П4. Состояния, ошибочно записанные в другой пункт

Если состояние матери (т. е. состояние, относящееся к рубрикам P00-P04) внесено в пункт а) или б) или если состояние новорожденного или плода указано в пункте в) или г), кодируют эти состояния так, как если бы они были записаны в соответствующих им пунктах.

Если состояние, классифицируемое как состояние новорожденного или плода или как состояние матери, ошибочно внесено в пункт д), его кодируют как прочее состояние плода или матери соответственно в пункте б) или г).

Пример 5:

Мертворожденный; смерть наступила после начала родов Коды

а) Тяжелая внутриутробная гипоксия P20.9

б) Роды в устойчивом затылочном предлежании

в) - P03.1

г) - P03.2

д) Тяжелое родоразрешение с помощью щипцов

Роды в затылочном предлежании кодируют в пункте в); тяжелое родоразрешение с помощью щипцов кодируют в пункте г).

ПОРЯДОК КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ ЛИЦ, УМЕРШИХ В МОСКВЕ НА ДОМУ

Удалов В.И.

Департамент здравоохранения г. Москвы

Порядок констатации смерти лиц, умерших в Москве на дому регламентируется приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.04.2012 N 354. В соответствии с ним констатация смерти лиц, умерших на дому, производится врачами поликлиник и поликлинических отделений стационаров государственных учреждений здравоохранения. В часы и дни работы поликлиник и поликлинических отделений стационаров констатация смерти умерших на дому осуществляется врачом данного учреждения на основании личного осмотра трупа. При констатации смерти врач обязан иметь с собой медицинскую карту амбулаторного больного умершего лица (если медицинская карта амбулаторного больного была заведена в данной поликлинике или поликлиническом отделении стационара).

После констатации смерти врач обязан заполнить бланк констатации смерти, в котором указываются:

- номер и адрес поликлиники;
- при наличии документов - фамилия, имя, отчество, возраст умершего (при отсутствии документов умершего лица указывается, с чьих слов записаны фамилия, имя, отчество и возраст умершего);
- в случае смерти в присутствии бригады скорой и неотложной медицинской помощи - точное время констатации клинической и биологической смерти;
- если смерть наступила в присутствии родственников или других лиц до констатации смерти, время наступления смерти не указывается; при отсутствии очевидцев наступления смерти указывается только время констатации смерти;
- обстоятельства, при которых наступила смерть (указывается, с чьих слов записаны обстоятельства смерти);
- клинический диагноз основного заболевания, предполагаемая непосредственная причина смерти;
- в случае смерти во время проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи указывается перечень лечебных мероприятий, проведенных бригадой скорой и неот-

ложной медицинской помощи, включая наименование, дозы и способы введения медикаментов;

- домашний адрес умершего лица, телефон;
- номер поликлиники, на территории обслуживания которой произошла смерть, либо поликлиники, где наблюдалось умершее лицо;
- адрес и телефоны родственников или других лиц, которые могут осуществить захоронение;
- полный перечень одежды, документов, ценностей, находившихся при трупе, включая зубы желтого металла;
- фамилия и инициалы, должность врача, оформившего бланк констатации смерти, точное время и дата его оформления, его личная подпись.

Бланк констатации смерти должен быть заверен штампом поликлиники, а подпись врача заверена личной печатью врача.

Непосредственно после констатации смерти врач обязан с места нахождения тела умершего лица:

- передать информацию о констатации смерти в отдел учета, анализа смертности и транспортировки тел умерших (погибших) граждан Станции скорой и неотложной медицинской помощи г. (далее по тексту - ОУАС и ТТУ) по телефонам (495) 625-75-01, (495) 627-21-03 (округ, номер поликлиники, свою фамилию, должность, адрес места смерти или места обнаружения умершего лица, при наличии документов - домашний адрес умершего, телефон, паспортные данные умершего, время констатации смерти, причину смерти и другие необходимые сведения из медицинской карты амбулаторного больного умершего лица);
- сообщить о смерти в территориальный отдел полиции, который направляет представителя полиции и дежурного судебно-медицинского эксперта (отдела дежурных экспертов Бюро СМЭ ДЗМ) для составления протокола осмотра тела умершего лица и принятия решения о направлении тела на судебно-медицинское исследование или патологоанато-

мическое вскрытие с информированием о принятом решении Отдела УАС и ТТУ;

- оформить медицинскую карту амбулаторного больного умершего лица (сформулировать посмертный эпикриз, заключительный клинический диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10, указать время наступления смерти, признаки биологической смерти, отсутствие признаков, указывающих на возможную насильственную смерть);

- после получения указаний от представителя полиции и дежурного судебно-медицинского эксперта (отдела дежурных экспертов Бюро СМЭ ДЗМ) о направлении трупа в ПАО врач заполняет бланк-направление в ПАО для решения вопроса о вскрытии либо сохранении тела умершего до дня похорон или в танатологическое отделение Бюро СМЭ ДЗМ;

- организовать передачу оформленной медицинской карты амбулаторного больного умершего лица или бланка-направления в соответствующее патологоанатомическое или танатологическое отделение.

Врач - судебно-медицинский эксперт (отдела дежурных экспертов Бюро СМЭ ДЗМ) после осмотра трупа на месте обнаружения обязан сообщить о принятом решении в Отдел УАС и ТТУ по телефонам (495) 625-75-01, (495) 627-21-03 и указать, в какое (патологоанатомическое или танатологическое) отделение направлен труп.

В случаях когда констатация смерти выполнена бригадой скорой и неотложной медицинской помощи и тело умершего было доставлено в патологоанатомическое или танатологическое отделение, персонал соответствующей поликлиники или поликлинического отделения стационара обязан по запросу из Отдела УАС и ТТУ организовать передачу в течение суток оформленной медицинской карты амбулаторного больного умершего лица в соответствующее отделение, куда доставлено тело умершего.

Врачам поликлиник и поликлинических отделений стационаров после констатации смерти выдача медицинского свидетельства о смерти запрещается.

В часы и дни, когда поликлиники и поликлинические отделения стационаров не работают, констатация смерти производится бригадами скорой и неотложной медицинской помощи (как исключение допускается констатация смерти бригадой скорой и неот-

ложной медицинской помощи в часы и дни работы поликлиник).

По прибытии бригады скорой и неотложной медицинской помощи к больному (пострадавшему), смерть которого наступила во время проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи, либо при обнаружении трупа врач (фельдшер) после констатации смерти обязан:

- констатировать смерть;

- оформить специальный бланк констатации смерти бригадой скорой и неотложной медицинской помощи.

В специальном бланке констатации смерти бригадой скорой и неотложной медицинской помощи указываются:

- номер подстанции скорой помощи, номер бригады;

- при наличии документов - фамилия, имя, отчество, возраст умершего (при отсутствии документов умершего лица указывается, с чьих слов записаны фамилия, имя, отчество, возраст умершего);

- в случае смерти в присутствии бригады скорой и неотложной медицинской помощи - точное время констатации клинической и биологической смерти;

- если смерть наступила в присутствии родственников или других лиц до приезда бригады скорой и неотложной медицинской помощи, время наступления смерти не указывается; при отсутствии очевидцев наступления смерти указывается только время констатации смерти;

- обстоятельства, при которых наступила смерть (указывается, с чьих слов записаны обстоятельства смерти);

- клинический диагноз основного заболевания, предполагаемая непосредственная причина смерти;

- в случае смерти во время проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи указать перечень лечебных мероприятий, проведенных бригадой скорой и неотложной медицинской помощи, включая наименование, дозы и способы введения медикаментов;

- домашний адрес умершего лица, телефон;

- номер поликлиники, на территории обслуживания которой произошла смерть, либо поликлиники, где наблюдалось умершее лицо;

- адрес и телефоны родственников или других лиц, которые могут осуществить захоронение;

- полный перечень одежды, документов, ценностей, находившихся при трупe, включая зубы желтого металла;

- фамилия и инициалы, должность медицинского работника, оформившего бланк констатации смерти, точное время и дата его оформления, его личная подпись.

Бланк констатации смерти должен быть заверен штампом подстанции скорой и неотложной медицинской помощи с указанием номера подстанции скорой помощи, а подпись врача заверена его личной печатью.

После констатации смерти ответственный врач (фельдшер) обязан:

- передать информацию о констатации смерти в Отдел УАС и ТТУ (округ, адрес места смерти или места обнаружения умершего лица, при наличии документов сообщить домашний адрес умершего лица, телефон, паспортные данные умершего, время конста-

ции смерти, причину смерти и другие необходимые сведения);

- сообщить о смерти в территориальный отдел полиции, который направляет представителя полиции и дежурного судебно-медицинского эксперта (отдела дежурных экспертов Бюро СМЭ ДЗМ) для составления протокола осмотра трупа и принятия решения о направлении тела умершего лица на судебно-медицинское исследование или патологоанатомическое вскрытие;

- далее действовать в соответствии с указаниями представителя полиции и дежурного судебно-медицинского эксперта (отдела дежурных экспертов Бюро СМЭ ДЗМ).

Врачами медицинских учреждений ведомственного и федерального подчинения, имеющими право на констатацию смерти и выдачу медицинских свидетельств о смерти, после констатации смерти передается по телефонам (495) 625-75-01, (495) 627-21-03 необходимая информация в Отдел УАС и ТТУ.

