

ПРИНЦИПЫ КОДИРОВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ¹

При определении кода первоначальной причины смерти необходимо учитывать следующее: характер или форму течения болезни (травмы); этиологию и патогенез; стадию; степень тяжести; вид осложнений; четкую локализацию патологии; морфологическое подтверждение (при туберкулезе); внешнюю причину и длительность течения патологии (при травме). Кроме того, необходимо знать, какая патология: врожденная или приобретенная, первичная или вторичная.

Для более точного кодирования необходимо пользоваться полным комплектом МКБ-10, т.е. Полным перечнем (том I), Алфавитным указателем (том III) и инструкциями (том II), при этом необходимо соблюдать определенный порядок и руководствоваться следующими принципами.

1. Если формулировка диагноза является названием болезни, травмы или другого патологического состояния, относящегося к классам I-XIX или XXI, следует обратиться к разделу I Указателя (том III). Если формулировка характеризует внешнюю причину травмы или других случаев, относящихся к классу XX, следует обратиться к разделу II Указателя (том III).

2. Определить ведущий термин. Чаще он будет в виде существительного, но в некоторых случаях может быть выражен в форме прилагательного или причастия.

3. Ознакомиться со всеми примечаниями, расположенными под ведущим термином, и руководствоваться ими.

4. Ознакомиться со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (они не оказывают влияния на кодировый номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (они могут оказывать влияние на кодировый номер), пока не будут учтены все слова в формулировке диагноза.

5. Следует следить за перекрестными ссылками ("см." и "см. также"), найденными в Указателе.

6. Затем необходимо обратиться к Полному перечню рубрик (тому I) для того, чтобы удостовериться в правильности выбора кодового номера.

7. Следует руководствоваться всеми включениями или исключениями, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.

8. Присвойте код.

При определении кода первоначальной причины смерти необходимо учитывать следующее: характер или форму течения болезни (травмы); этиологию и патогенез; стадию; степень тяжести; вид осложнений; четкую локализацию патологии; морфологическое подтверждение (при туберкулезе); внешнюю причину и длительность течения патологии (при травме). Кроме того, необходимо знать, какая патология: врожденная или приобретенная, первичная или вторичная, открытый или закрытый перелом.

Данные элементы диагноза существенно влияют на кодирование причины смерти и отнесение её к таким рубрикам и подрубрикам международной статистической классификации, которые характеризуют высокое качество диагностического процесса и достоверность причин смерти.

Правила кодирования

Прежде всего, следует помнить, что в нашей стране кодирование заболеваний и причин смерти проводится четырехзначными кодами. Если трехзначная рубрика не подразделяется на подрубрики, то рекомендуется вместо четвертого знака ставить букву "X". Это относится и к внешним причинам, где необходимо проставлять четвертый знак, означающий "место происхождения". Кодовые номера, следующие за терминами, относятся к рубрикам и подрубрикам, к которым следует отнести данный термин. В большинстве случаев, трехзначная рубрика подразделена на четырехзначные подрубрики, кодовый номер в Алфавитном указателе дан с четвертым знаком. Тире на месте четвертого знака (O04._) указывает на то, что данная рубрика подразделена.

Подходы к кодированию заболеваний и причин смерти не всегда однозначны. Сущест-

¹ Публикация подготовлена по материалам Руководства по кодированию причин смерти, подготовленного авторским коллективом в составе: к.м.н. Э.И. Погореловой, к.м.н. Е.М. Секриеру, к.м.н. Д.Ш. Вайсмана, к.м.н. В.В. Антонюка. Научный редактор - д.м.н., профессор Леонов С.А. Основное учреждение-разработчик: Федеральное государственное учреждение "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения".

вуют коды, которые используются только при заболеваемости и не используются как причины смерти. К примеру, I23, I25.2, I65., I66., O08, и т.д. не используются для кодирования причин смерти. Следующие рубрики "Нарушения после медицинских процедур" (E89., G97., N95., I97., J95., K91., M96., N99.) не используются для кодирования первоначальной причины смерти.)

В МКБ-10 некоторым диагностическим формулировкам присвоены два кода (правило двойного кодирования некоторых состояний). Один из них содержит информацию об основной генерализованной болезни, а другой о ее проявлении в отдельном органе или области тела. Главным кодом в этой системе является код основной болезни, он помечен "крестиком", факультативный код проявления болезни помечен "звездочкой".

Рубрики со звездочкой не должны использоваться для кодирования первоначальной причины смерти.

Существует правило дополнительного кодирования. Некоторые рубрики используются для предоставления дополнительной информации о причинах заболеваемости и смертности. Они не должны использоваться в качестве основных кодов при статистической разработке смертности по единичной причине. К примеру, при сочетании у одного больного ишемической и гипертензивной болезнью "основным" будет код (I20-I25), а "дополнительным" кодом - (I10-I15).

ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ СМЕРТНОСТИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ КЛАССАМ

Новообразования

Смертность населения России от новообразований находится на третьем месте. В ее структуре значительную долю занимают злокачественные новообразования.

Рубрики для классификации новообразований построены по анатомическому принципу. Для каждой локализации дается пять возможных кодов в соответствии с типом новообразования: злокачественное (первичное); злокачественное (вторичное); in situ; доброкачественное; неопределенного характера или неустойчивой природы.

В тех случаях, когда первоначальной причиной смерти признается злокачественное ново-

образование, важно установить его первичную локализацию, а также принимать во внимание морфологию и характер новообразования.

Термин "рак" может использоваться для обозначения любой морфологической группы, но редко используется в отношении злокачественных новообразований лимфатических, кровеносных и родственных им тканей. Термин "карцинома" иногда неправильно используется как термин "рак".

В Алфавитном указателе морфологический тип новообразований приведен со своими кодами с указанием относительно кодирования по локализации.

Если в медицинском свидетельстве о смерти информация может быть использована двояко, или есть сомнение в первичной локализации, то лучше обратиться к лицу, заполнявшему свидетельство, или использовать следующие указания.

А. Смысл злокачественности

Если в свидетельстве указаны сведения о метастазах, то новообразование нужно считать злокачественным.

Пример 1:

- а) Метастатическое поражение лимфатических узлов
- б) Рак in situ центральной части молочной железы.

Кодируют C50.1 "Злокачественное новообразование центральной части молочной железы".

Б. Локализации, в названии которых имеются приставки или не точные описания локализации

Новообразования, в которых есть приставки "пере", "пара", "супра", "инфра" и т.д., или описанные в какой-то "области" или "участке", то состояния классифицируемые рубриками C40, C41, C43, C44, C45, C47, C49, C70, C71, C72 относятся к соответствующей подрубке данной рубрики, в других случаях кодируют подрубкой C76 (другие и неточно обозначенные локализации).

Пример 2:

- а) Фибросаркома в области ноги

Кодируют C49.2 "Злокачественное новообразование соединительной ткани и мягких тканей нижней конечности, включая тазобедренную область"

В. Злокачественные новообразования не уточненной локализации с другими состояниями, указанными в свидетельстве

Когда локализация первичного злокачественного новообразования не уточнена, не стоит присваивать его на основании локализации других, указанных в свидетельстве состояний, таких как перфорация, непроходимость, кровотечение и т.д. Эти состояния могут возникать в участках тела, не связанных с локализацией первичного новообразования.

Пример 3:

- а) Непроходимость тонкой кишки
- б) Рак

Кодируют С80 "Злокачественное новообразование без уточнения локализации"

Г. Злокачественные новообразования с указанной первичной локализацией:

1. Если первичная локализация известна, то выбирают ее независимо, где она записана в части I или II свидетельства.

Пример 4:

- I.а) Рак мочевого пузыря
- II. Первичная опухоль почки

Кодируют С64 "Злокачественное новообразование почки".

2. Обозначения других локализаций, как "вторичная", "метастазы", "распространение" или "карциноматоз" кодируют злокачественным новообразованием.

Пример 5:

- а) Рак молочной железы
- б) Метастазы в головной мозг

Кодируют С50.9 "Злокачественное новообразование молочной железы не уточненной части".

3. Морфология указывает на первичное злокачественное новообразование.

Пример 6:

- а) Метастатический рак
- б) Псевдомуцинозная аденокарцинома

Кодируют С56, т.к. в Алфавитном указателе неуточненная локализация отнесена к яичнику.

Д. Первичная локализация неизвестна

Если в свидетельстве имеется запись "первичная локализация неизвестна" или "новообразование неуточненной локализации", то новообразование относят к рубрике "Новообразование неуточненной локализации".

Пример 7:

- а) Вторичный рак печени
- б) Первичная локализация неизвестна
- в) Желудок? Кишечник?

Кодируют рубрикой "Злокачественное новообразование без уточнения локализации" (С80).

Ж. Самостоятельные (первичные) множественные локализации (С97)

Наличие одного первичного новообразования может быть обозначено в двух различных анатомических локализациях или двух отдельных морфологических типов.

Пример 8:

- а) Рак желудка
- б) Рак молочной железы.

Кодируют рубрикой "Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (С97).

Маловероятно, что одно первичное новообразование может быть следствием другого первичного новообразования, кроме злокачественных новообразований лимфатической, кровеносной и родственных им тканей (С81-С96), при которых одна форма злокачественности может переходить в другую.

Если в части I свидетельства указаны две или более локализации в одной и той же системе организма, то следует использовать подрубрики с четвертым знаком .8, включая те, которые перечислены в МКБ-10 на стр.179 тома I, части I. Это правило применяется, если одна и другая локализация записаны на разных строках. Кодируют той подрубрикой, которая охватывает обе локализации. Если имеется какое-либо сомнение относительно смежности указанных локализаций, кодируют неуточненную локализацию, соответствующую указанному органу.

Когда рассматривают множественные первичные локализации, следует рассматривать только локализации, упомянутые в части I свидетельства.

Если множественные локализации находятся не в одной системе и не указано о том, какая локализация является первичной, а какая - вторичной, кодируют злокачественные новообразования как самостоятельные (первичные) множественные локализации рубрикой С97.

Метастатические новообразования

Когда злокачественное новообразование распространяется или метастазирует, оно обычно сохраняет тот же морфологический тип, хотя может становиться менее дифференцированным. Некоторые метастазы имеют такую типичную гистологическую картину, что патологоанатом может с уверенностью дать заключение о первичной локализации, например, в щитовидной железе. Широко распространенные метастазы часто называют "карциноматозом".

Если не установленный, не уточненный термин (рак, саркома) указан с термином, обозначающим более специфическую гистологию, той же широкой группы, кодируют локализацию более специфической морфологии, полагая, что другая является метастатической.

Злокачественные клетки могут метастазировать по всему телу, однако определенные локализации являются более частыми.

Перечень наиболее типичных локализаций метастазов:

Брюшина - Лимфатические узлы
Головной мозг - Мозговые оболочки
Диафрагма - Печень
Забрюшинное пространство - Плевра
Кости - Сердце
Легкие - Спинной мозг
Средостение

Неточно обозначенные локализации, классифицируемые в рубрике С76.

Легкие являются не только наиболее распространенной локализацией метастазов, но и локализацией первичных злокачественных новообразований. Легкие следует рассматривать как типичную локализацию метастазов, если они указаны с локализациями, не перечисленными в данном списке. В то же время рак бронха или бронхогенный рак следует рассматривать как первичное новообразование. Первичной локализацией следует считать легкие, если упомянута легочная локализация, а другие локализации относятся к перечню типичных локализаций метастазов.

Злокачественное новообразование лимфатических узлов, не уточненное как первичное, следует кодировать как вторичное.

Следует принимать во внимание морфологию и характер новообразования. Так аденокарциному кодируют рубрикой - С80.0, фибросаркому - рубрикой С49.9, остеосаркому - С41.9.

При злокачественных новообразованиях без упоминания локализации или первичная локализация не известна, выбирают рубрику "Злокачественное новообразование без уточнения локализации" (С80).

При злокачественных новообразованиях независимой (первичной) множественной локализации, когда зафиксировано два или более независимых первичных злокачественных новообразований, ни одно из которых не является доминирующим, выбирают код С97.

В этом классе особо используются четвертые знаки кодов .7, .8, .9.

Там, где необходимо выделить подрубрику для группы "другие уточненные новообразования", обычно используют знак .7.

Если указанные локализации расположены в одной системе органов и являются смежными, то используют подрубрику с четвертым знаком .8.

Например, карциному желудка и тонкой кишки следует кодировать С 26.8. Здесь необходимо помнить, что .8 используется, если новообразование кодируется в пределах трехзначной рубрики, а к другим рубрикам это состояние не может быть отнесено, т.к. в ряде случаев имеются коды для таких случаев. К примеру, карцинома пищевода и желудка обозначается кодом С16.0.

В примечании (МКБ-10, т.1, ч.1, стр.179) обозначены подрубрики с .8 для случаев, когда новообразования выходят за пределы локализаций, обозначенных трехзначными рубриками внутри одной системы органов.

Там, где имеют место неуточненные новообразования, используют подрубрику с четвертым знаком .9.

Классификация новообразований пищевода имеет две субклассификации: .0-.2 - по анатомическому описанию, .3-.5 - по третям органа. Равноправно употребляются обе терминологические формы.

Инфекционные болезни и злокачественные новообразования

Любое инфекционное заболевание, относящееся к рубрикам А00-В19, В25-В64, рассмат-

риваются как "следствие" злокачественного новообразования, указанного в части I или II свидетельства. В этой комбинации инфекционные болезни являются непосредственной причиной смерти, а злокачественные новообразования следует считать первоначальной причиной смерти.

Пример 9:

а). Опоясывающий лишай

б). Хронический лимфолейкоз

Кодируют хронический лимфолейкоз (C91.1).

Иначе рассматривают сочетание злокачественных новообразований и ВИЧ-инфекции (B20-B24). Саркома Капоши, опухоль Беркета и любое другое злокачественное новообразование лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, классифицированные в рубриках C46, C81 и C96, необходимо рассматривать как прямое последствие ВИЧ-инфекции, когда указана эта болезнь. Вместе с тем такое допущение не следует делать относительно других типов злокачественных новообразований.

Пример 10:

а) Саркома Капоши

б) ВИЧ-инфекция

Кодируют болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши (B21.0).

Следующие острые и терминальные болезни системы кровообращения, указанные в части I, рассматриваются как следствие злокачественных новообразований:

I21-I22 Острый инфаркт миокарда

I24._ Другие острые формы ишемической болезни сердца

I26._ Легочная эмболия

I30._ Острый перикардит

I33._ Острый и подострый эндокардит

I40._ Острый миокардит

I44._ Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка Гиса

I45._ Другие нарушения проводимости

I46._ Остановка сердца

I47._ Пароксизмальная тахикардия

I48 Фибрилляция и трепетание предсердий

I49._ Другие нарушения сердечного ритма

I50._ Сердечная недостаточность

I51.8 Другие неточно обозначенные болезни сердца

I60-I69 Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подрубрикам I67.0-I67.5, I67.9 и рубрике I69._

В то же время недопустимо считать следствием злокачественных новообразований следующие болезни системы кровообращения:

I00-I09 Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца

I10-I15 Гипертензивная болезнь, за исключением случаев, если она указана как следствие новообразований эндокринных желез, почек и карциноидных опухолей

I20._ Стенокардия (грудная жаба)

I25._ Хроническая ишемическая болезнь сердца

I70._ Атеросклероз

Пневмонию и бронхопневмонию следует считать следствием злокачественного новообразования.

Вторичную и неуточненную анемию, недостаточность питания, маразм или кахексию можно рассматривать как следствие любого злокачественного новообразования.

При кодировании в качестве "основного" заболевания берут новообразование как первичное, так и метастазирующее в соответствии с тем, с чем имеют дело в данном эпизоде медицинской помощи.

Если дело имеем в эпизоде обращения с заболеванием, которое уже не существует (удаление молочной железы в предыдущем эпизоде), то это состояние подлежит кодированию в XXI классе. Например: рак молочной железы - резекция имела место 2 года назад. Кодируют рубрикой "Последующее обследование после лечения злокачественного новообразования" (Z08). Этот код используется только при заболеваемости и не используется в случае смерти.

Болезни системы кровообращения

Болезни системы кровообращения оказывают самое большое влияние на здоровье населения России. В структуре причин смерти эти болезни занимают I место и составляют более 55% от всех умерших.

В трудоспособном возрасте смертность мужчин от болезней системы кровообращения в 4 раза выше смертности женщин.

В структуре IX класса большую долю смертности (около 80%) занимают ишемические болезни сердца, цереброваскулярные болезни. Особое место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Поэтому остановимся подробнее на особенностях кодирования этих трех блоков.

Гипертензивные болезни в МКБ-10 представлены блоком "Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, который включает эссенциальную (первичную) гипертензию, гипертензивную болезнь с преимущественным поражением сердца, почек, сердца и почек, а также вторичную гипертензию.

Для правильного выбора кода гипертензивной болезни (I11, I12, I13) необходимо в диагнозе указать с поражением сердца или почек или с поражением сердца и почек, а также с нарушением или без нарушения функции сердца или почек. Если в диагнозе не записана сердечная или почечная недостаточность, то считается, что нет нарушения функции указанных органов, и используется соответствующий код с четвертым знаком .9.

Необходимо иметь в виду, что в МКБ-10 нет гипертензивной болезни с поражением церебральных сосудов.

В то же время часто встречаются больные, у которых имеются одновременно заболевания из 3 блоков: "Ишемической болезни сердца", "Цереброваскулярных болезней" и "Болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением". Особенности регистрации и кодирования этих заболеваний следующие.

При амбулаторно-поликлинической заболеваемости регистрируют и кодируют каждое заболевание отдельно и включают в отчетную статистическую форму N12.

При госпитальной заболеваемости регистрируют и кодируют из этой комбинации только одно "основное" заболевание, по поводу которого проводилось лечение, и включают одно "основное" заболевание в отчетную статистическую форму N14, а остальные заболевания показывают как сопутствующие в учетной статистической форме "Карте выбывшего из стационара" N66.

В случае смерти регистрируется и кодируется одно заболевание. В случае смерти приоритетными из всех названных блоков являются "Ишемические болезни сердца" и "Цереброваскулярные болезни". Острые состояния являются более приоритетными, чем хронические. В части I медицинского свидетельства о смерти записывают и кодируют одно заболевание, которое явилось первоначальной причиной смерти и которое привело к непосредственной причине смерти, а остальные заболевания записы-

вают в части II пункта "Причины смерти" как сопутствующие.

Для кодирования блока "Ишемические болезни сердца" используются разные подходы в случаях заболеваемости и смертности. Здесь важным критерием является определение продолжительности течения болезни. Определение "Продолжительность", использованная с рубриками I21-I25, включает отрезок времени от начала ишемического приступа до обращения или поступления больного в медицинское учреждение для статистики заболеваемости, а для статистики смертности включает отрезок времени от начала ишемического приступа до наступления смертельного исхода.

По МКБ-10 острый инфаркт миокарда (I21, I22 и I24) считается инфаркт продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее от начала ишемического приступа. Инфаркт миокарда продолжительностью более 4 недель (более 28 дней) от начала считается хроническим и кодируется рубрикой (I25.8).

Подрубрика I25.2 используется в случаях перенесенного в прошлом "немного" инфаркта, выявленного случайно при обследовании и при отсутствии в настоящее время симптомов.

При этом необходимо помнить следующее.

✓ Первый в жизни больного инфаркт миокарда считается "острым инфарктом миокарда" (I21).

✓ Второй, третий и последующие считаются "повторными инфарктами миокарда" (I22).

✓ Инфаркт миокарда продолжительностью более 4 недель относится к подрубрике "Другие формы хронической ишемической болезни сердца" (I25.8). В данном случае не используется подрубрика "Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда" (I25.2).

Для правильного кодирования блока "Ишемические болезни сердца" необходимо в диагнозе указывать локализацию патологического процесса.

Теперь попытаемся разобраться во всем этом на примерах.

Пример 11:

15 августа 2005г. больной N впервые в жизни почувствовал сердечный (ишемический) приступ. 20 августа 2005г. он обратился к врачу с болью в области сердца и был госпитализирован. Выписан с выздоровлением с диагнозом "Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда" (I21.0). От начала приступа до обращения к врачу прошло 5 дней.

Пример 12:

15 августа 2005г. больной N впервые в жизни почувствовал сердечный (ишемический) приступ. 20 августа 2005г. он обратился к врачу с болью в области сердца, был госпитализирован и умер в больнице 5 сентября 2005г. От начала приступа до наступления смертельного исхода прошло 22 дня. В медицинском свидетельстве о смерти записываем "Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда" с кодом I21.0.

Пример 13:

15 августа 2005г. больной N впервые в жизни почувствовал сердечный (ишемический) приступ. 20 августа 2005г. он обратился к врачу с болью в области сердца, был госпитализирован и умер в больнице 25 сентября 2005г. От начала приступа до наступления смертельного исхода прошло 42 дня. В медицинском свидетельстве о смерти записываем "Хроническая ишемическая болезнь сердца" с кодом I25.8.

Имеются особенности использования рубрики "Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда", и они заключаются в следующем. В случае заболеваемости может быть два варианта.

Первый эпизод. Если у больного с острым инфарктом миокарда возникают осложнения, перечисленные в рубрике I23, то в "Карте бывшего из стационара" записывают основное заболевание "Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда" (I21.1), а рубрика I23 учитывается как осложнение.

Второй эпизод. Если больной выписан с острым инфарктом миокарда, а затем вновь госпитализирован по поводу разрыва сухожильной хорды, то при выписке его основное заболевание кодируют рубрикой I23.4.

В случае смерти и в первом, и во втором эпизоде первоначальная причина смерти будет кодироваться подрубкой I21.1. В случае смерти рубрика I23 не используется.

Блок "Цереброваскулярные болезни" включает острые состояния: кровоизлияния (I60-I62), инфаркт мозга (I63) и инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт (I64). В случае смерти эти острые состояния являются приоритетными в группе цереброваскулярных болезней.

Коды I65._ "Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту

мозга" и I66._ "Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга" используются только при заболеваемости и не используются в случаях смерти. Если больной умер, в обоих случаях считается, что был инфаркт мозга и используют код I63.

В заболеваемости рубрику I69 "Последствия цереброваскулярных болезней" не следует использовать в качестве предпочтительного кода для "основного состояния", её можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода. Предпочтительным кодом для "основного состояния" является код природы самого последствия, к которому в качестве необязательного добавочного кода может быть добавлен код I69.

Пример 14:

а). Дисфагия

б). Последствия старого инфаркта мозга

Кодируют дисфагию (R47.0) как "основное состояние". В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код, предназначенный для обозначения последствий инфаркта мозга (I69.3)

Следует отметить, что для применения этого подхода достаточно того, чтобы состояние, послужившее причиной последствий, описывалось как "старое", в настоящее время отсутствует или чтобы результирующее состояние описывалось как "отдалённое последствие" или "последствие". Минимальный промежуток времени не установлен.

В смертности рубрику I69 используют, если смерть вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией.

Пример 15:

а). Застойная пневмония

б). Гемиплегия

в). Последствие инфаркта мозга (10 лет назад)

Кодируют последствие инфаркта мозга I69.3

Следует помнить, что эссенциальная (первичная) гипертензия (I10) с упоминанием о сердечной или почечной недостаточности кодируется рубриками I11.0 или I12.0 соответственно.

Эссенциальная (первичная) гипертензия (I10) с упоминанием об ишемической болезни сердца кодируется рубриками I20-I25.

Эссенциальная (первичная) гипертензия (I10) с упоминанием о цереброваскулярных заболеваниях кодируется рубриками I60-I69.

Следующие острые и терминальные болезни системы кровообращения, указанные в части I, рассматриваются как следствие злокачественных новообразований, сахарного диабета и бронхиальной астмы:

I21-I22 Острый инфаркт миокарда

I24. _ Другие острые формы ишемической болезни сердца

I26. _ Легочная эмболия

I30. _ Острый перикардит

I33. _ Острый и подострый эндокардит

I40. _ Острый миокардит

I44. _ Атриовентрикулярная блокада и блокада левой ножки пучка Гиса

I45. _ Другие нарушения проводимости

I46. _ Остановка сердца

I47. _ Пароксизмальная тахикардия

I48. _ Фибрилляция и трепетание предсердий

I49. _ Другие нарушения сердечного ритма

I50. _ Сердечная недостаточность

I51.8 Другие неточно обозначенные болезни сердца

I60-I69 Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подрубрикам I67.0-I67.5, I67.9 и рубрике I69. _

Следующие коды не используются для кодирования первоначальной причины смерти:

I15 Вторичная гипертензия (используют рубрику основного

заболевания, которое вызвало вторичную гипертензию)

I23. _ Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда (используются коды I21 или I22 соответственно)

I24.0 Коронарный тромбоз, не приводящий к инфаркту миокарда

(используются коды I21 или I22 соответственно)

I65. _ Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (используют код I63)

I66. _ Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (используют код I63)

I97. _ Нарушение системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках (используется код того заболевания, по поводу которого проводилась медицинская процедура).

Таким образом, при кодировании от болезни системы кровообращения в ряде случаев используются разные подходы в случаях заболевания и смерти. Для правильного кодирования причин смерти необходимо помнить о приоритетах и кодах, которые не используются для кодирования первоначальной причины смерти.

Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин

В структуре причин смерти россиян XIX класс "Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин" занимает второе место, а у мужчин трудоспособного возраста - первое место.

Этот класс построен по анатомическому принципу (травмы головы, шеи, грудной клетки, живота и т.д.).

На уровне трехзначных рубрик травмы классифицируются по типам (поверхностная травма, перелом, вывихи, травма нервов, повреждение кровеносных сосудов и т.д.).

Следует помнить, что в первую очередь классифицируются травмы по локализации, а затем по типам травм.

Особенностью отечественной статистики является то, что при травмах и отравлениях за "основной" принимают код класса XIX (S00-T98) и обязательно используют дополнительный код класса XX (V01-Y89).

В медицинском свидетельстве о смерти представляется два кода: по характеру травмы (класс XIX) и по внешней причине травмы (класс XX).

В данном классе используется раздел, обозначенный буквой "S", используется для кодирования различных видов травм, относящихся к какой-то определенной области тела, а раздел с буквой "T" - для кодирования множественных травм и травм отдельных неуточненных частей тела, а также отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

При переломах для факультативного использования вводится 5-ый знак: 0-закрытый и 1-открытый. Если не указано как открытый или закрытый, то следует классифицировать как закрытый перелом.

Особое внимание следует обращать на включения, исключения и примечания к классу, блоку, трехзначной и четырехзначной рубрикам. В начале класса указано, что из этого класса исключены: родовая травма (P10-P15) и акушерская травма (O70-O71). В начале блока "Травмы грудной клетки" указано, что из этого

блока исключены термические и химические ожоги (T20-T32) и т.д.

В тех случаях, когда заголовок указывает на множественный характер травмы, то союз "с" означает одновременное поражение обоих названных участков тела, а союз "и" - как одного, так и обоих участков.

Особенностью отечественной статистики являются подходы к кодированию при множественной травме. Существуют разные подходы в кодировании множественной травмы при заболеваемости и смертности.

В статистике амбулаторно-поликлинической заболеваемости при множественной травме следует каждый компонент травмы кодировать отдельно.

В случаях госпитальной заболеваемости следует придерживаться следующих принципов множественного кодирования. Если возможно, выделяют одну "основную" травму, которая требует медицинской помощи в данном отделении и больших затрат, а остальные травмы записывают в сопутствующие травмы.

Когда записаны множественные травмы и ни одна из них не была выбрана лечащим врачом в качестве "основного состояния", выбирают одну из рубрик, предусмотренных для множественных травм:

- одного типа, поразивших одну и ту же часть тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7) в рубриках S00-S99,
- различных типов, поразивших одну и ту же часть тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7 в последней рубрике каждого блока) в рубриках S09, S19, S29 и т.д.,
- одного типа, поразивших различные части тела T00-T05.

Исключения:

- внутренние травмы, записанные с поверхностными травмами и/или только с открытыми ранами, - в качестве "основного состояния" кодируют внутренние травмы;
- переломы костей черепа и лица и связанные с этим внутренняя травма - в качестве "основного состояния" кодируют внутреннюю травму;
- внутричерепное кровоизлияние, записанное с другими травмами только головы, - в качестве "основного состояния" кодируют внутричерепное кровоизлияние;
- переломы, записанные с открытыми ранами только той же самой локализацией, - в качестве "основного состояния" кодируют перелом.

Разберем это на примерах.

Пример 16:

а). Травма мочевого пузыря и мочеиспускательного канала - S37.7

г). Нападение с применением острого предмета на улице - X99.4

Выбираем код S37.7 "Травма нескольких тазовых органов". Подрубрики S37.2 "Травма мочевого пузыря" и S37.3 "Травма мочеиспускательного канала" можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов.

Пример 17:

а). Открытая внутричерепная рана с кровоизлиянием в мозжечок - S06.8

г). Нападение с применением тупого предмета дома Y00.0

В качестве "основного состояния" кодируют кровоизлияние в мозжечок. В случае необходимости открытая внутричерепная рана может быть указана посредством использования дополнительного кода (S01.9)

"Открытая рана головы неуточненной локализации".

В случаях смерти, когда упоминается более чем об одном виде травм в одной и той же области тела, относящихся к рубрикам S00-S99, T08-T35, T66-T79 и нет указаний, какая из них явилась причиной смерти, следует применять общий принцип выбора.

Пример 18:

а). Геморрагический шок

б). Кровоизлияние в брюшную полость

в). Разрыв печени S36.1

г). Пешеход, пострадавший при столкновении с легковым автомобилем на дороге V03.1

Выбирают разрыв печени (S36.1), так как это отправная точка последовательного ряда событий, приведших к состоянию, упомянутому в свидетельстве первым.

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

Если перелом черепа или лицевых костей связан с внутричерепной травмой, то в случае смерти приоритет следует отдавать перелому и использовать рубрику S02.

Пример 19:

- а) Субдуральное кровоизлияние
- б) Перелом свода черепа - S02.0
- г) Случайное падение с балкона 5-го этажа жилого дома - W13.0

В случае смерти в свидетельстве по характеру травмы мы выбираем в качестве первоначальной причины "Перелом свода черепа" (S02.0), а "Субдуральное кровоизлияние" считаем следствием перелома свода черепа.

Пример 20:

- а) Жировая эмболия
- б) Открытый множественный перелом бедренной кости - S72.71
- г) Велосипедист-водитель, пострадавший в результате столкновения на дороге с легковым автомобилем - V13.4

Перелом бедренной кости выбираем в качестве первоначальной причины смерти по характеру травмы. Посредством пятого знака ".1" идентифицируем перелом как открытый.

Рубрика "Некоторые ранние осложнения ран" T79 не используют в качестве первоначальной причины смерти, если известен характер предшествующей травмы.

Рубрики "Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин" (T90-T98) используются как в статистике заболеваемости, так и в статистике смертности, когда мы имеем дело с отдаленными последствиями травм, сохраняющиеся в течение года или более после острой травмы. Следует помнить, что если мы используем "Последствия" травм, то следует использовать в этом случае "Последствия" внешних причин.

Термические и химические ожоги классифицируются прежде всего по их локализации (головы и шеи, туловища, области плечевого пояса и верхней конечности, запястья и кисти, области тазобедренного сустава и нижней конечности, голеностопного сустава и стопы, глаза внутренних органов и т.д.).

Существует субклассификация термических и химических ожогов:

- первой степени [эритема],
- второй степени [пузыри] [потеря эпидермиса],
- третьей степени [глубокий некроз подлежащих тканей] [утрата всех слоев кожи].

В то же время существует классификация ожогов в зависимости от площади пораженной

поверхности тела, ожоги от менее 10% поверхности тела до 90% поверхности тела и более (T31-T32). Эти рубрики следует использовать как дополнительные с рубриками T20-T29, так как приоритетными "основными" являются коды по степени ожогов.

Особенности кодирования отравлений лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами состоят в следующем.

Если отравление вызвано комбинацией лечебных средств, отдельные компоненты которой классифицируются по-разному, то следует поступать так:

- если в качестве причины смерти указан один из компонентов комбинации, то кодируют именно этот компонент;
- если такое указание отсутствует, то кодируют рубрикой, предусмотренной для этой комбинации;
- если компоненты комбинации классифицируются в одной и той же трехзначной рубрике, то всю комбинацию относят к подрубрике "Другие..." с .8;
- если не уточнены лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, используют код T50.9.

- комбинация лекарственных средств с алкоголем следует кодировать рубриками, к которым относятся эти лекарственные средства.

Таким образом, особенностью XIX класса является то, что он используется всегда с XX классом, в медицинском свидетельстве о смерти кодируем две первоначальные причины смерти: по характеру травмы или отравления и по внешней причине.

Внешние причины заболеваемости и смертности

Изучение внешних причин смертности имеет большое значение при травмах и отравлениях, т.к. они занимают второе место в причинах смерти населения России.

В структуре этого класса на 100000 населения случайные отравления алкоголем составляют 28,6, все виды транспортных травм - 28,1, самоубийства - 32,2, убийства - 24,9.

Данный класс позволяет классифицировать происшествя, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия.

В статистике смертности коды внешних причин следует использовать для кодирования первоначальной причины смерти, если состоя-

ние, приведшее к смерти, относится к XIX классу.

Разработку причин смертности рекомендуется проводить в соответствии рубриками классов XIX и XX, в международной практике считается, что предпочтение должно быть отдано рубрикам XX класса.

В тех случаях, когда патологическое состояние, приведшее к смерти, классифицируется в классах I-XVIII, само это состояние кодируется как первоначальная причина смерти, а рубрики класса XX, если необходимо, могут использоваться в качестве дополнительного кода при проведении статистического анализа по множественным причинам.

Этот класс содержит 400 рубрик (372 занятия), занимает 4 латинские буквы и имеет сложную структуру блоков в начале класса.

Большую часть этого класса составляет блок "Несчастные случаи", в том числе "Транспортные несчастные случаи".

В классификации даны определения, относящиеся к транспортным несчастным случаям. К примеру, транспортный несчастный случай - любой несчастный случай, связанный с устройством, которое, прежде всего,

предназначено или используется в данное время для перевозки пассажиров или грузов. Даны определения общественной автомагистрали [шоссе], улицы, дорожного и не дорожного несчастного случая, пешехода, водителя, пассажира и т.д.

Рубрики "Транспортные несчастные случаи" (V01-V99) построены так, что основной осью является пострадавший человек (или жертва), а другой - вид транспорта, вовлеченно-го в происшествие.

Коды для большинства транспортных несчастных случаев построены на определенном использовании знаков в коде с набором признаков.

Первая буква "V" обозначает транспортные несчастные случаи.

Второй знак дает информацию о пострадавшем (0-пешеход, 1- велосипедист, 2-мотоциклист и т.д.).

Третий знак кода указывает на то, с чем пострадавший столкнулся

(01- с велосипедом, 02-с двух или трехколесным моторным транспортным средством и т.д.).

Сведения о том, что транспортный несчастный случай дорожный или не дорожный идентифицируется на уровне четвертого знака.

В соответствии с инструкцией по кодированию транспортных несчастных случаев следует следовать следующим правилам.

1. Если происшествие не уточнено как дорожное или не дорожное, его следует рассматривать как:

а) дорожный несчастный случай, когда его можно классифицировать в рубриках V10-V62, V87;

б) недорожный несчастный случай, если он относится к рубрикам V83-V86.

2. Если несчастные случаи связаны более чем с одним видом транспортных средств, необходимо соблюдать следующий порядок приоритетных рубрик:

- воздушный и космический транспорт (V95-V97),

- водный транспорт (V90-V94),

- другие виды транспорта (V01-V89, V98-V99).

3. Если в описании транспортного несчастного случая не указано, что пострадавший является пассажиром, но отмечено, что имело место раздавливание, волочение, удар, ранение, гибель, опрокидывание, переезд любым транспортным средством, включая грузовик, трамвай, автобус и т.д., эти пострадавшие считаются пешеходами и шифруются в рубриках V01-V09.

4. Если в описании транспортных несчастных случаев роль пострадавшего не указана в случаях аварии, столкновения, поломки, крушения самолета, лодки, автобуса и т.д., то пострадавший считается пассажиром или водителем.

5. Если транспортный несчастный случай связан с тем, что транспорт заносит или он выходит из-под контроля (прокол шины, засыпает водитель и т.д.), то кодируют случай как столкновение или без столкновения в соответствии с типом транспортного средства.

6. Если транспортный несчастный случай произошел с транспортным средством, находящимся в движении в связи с отравлением угарным газом, взрывом внутри, поломкой важной детали и т.д., то классифицируют его как столкновение или без столкновения в соответствии с типом транспортного средства.

7. Наземные транспортные несчастные случаи, описанные как:

- столкновения с упавшим камнем, предметом, брошенным перед движущимся мототранспортным средством, столбом и т.д. включены в рубрики: V17, V27, V37, V47, V57, V67 и V77;

- опрокидывание без столкновения - в рубрики: V18, V28, V38, V48, V58, V68, V78;

- столкновения с животными, находящимися без присмотра, - в рубрики: V10, V20, V30, V40, V50, V60, V70;

- столкновение с повозкой, запряженной животным под седлом, включено в рубрики V16, V26, V36, V46, V56, V66, V76.

В структуру класса XX входят крупные блоки:

Несчастные случаи (V01-X59),

Преднамеренное самоповреждение (X60-X84),

Нападения (X85-Y09),

Повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34).

Рубрики при кодировании внешних причин зависят от рода смерти. При одном диагнозе "Утопление" в зависимости от рода смерти использоваться разные коды. Так случайное утопление имеет код W74, утопление с целью самоубийства - X71, утопление преднамеренное (самоубийство) - X92, а утопление с неопределенными намерениями - Y21.

В связи с учащением случаев терроризма в мире ВОЗ рекомендовала странам регистрировать все случаи нарушения здоровья и гибели людей в результате террористических актов. ВОЗ предложила ввести в МКБ-10 новую рубрику "Терроризм" (Y38), в рамках которой идентифицировать травмы, полученные в результате различных способов проведения террористических действий.

Особым блоком в МКБ-10 выделены "Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств" (Y40-Y84), которые входят следующие группы трехзначных рубрик:

- лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при их терапевтическом применении,

- случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств,

- медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и терапевтических целей,

- хирургические и другие медицинские процедуры как причина аномальной реакции или позднего осложнения у пациента без упоминания о случайном нанесении ему вреда во время их выполнения.

Эти рубрики используются только как "дополнительные" с классом XIX.

Рубрики блока "Последствия воздействия внешних причин заболеваемости и смертности" (Y85-Y89) используются в статистике заболеваемости и смертности, когда используются рубрики блока "Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин" (T90-T98).

Рубрики блока "Дополнительные факторы, имеющие отношения к причинам заболеваемости и смертности, классифицированным в других рубриках" (Y90-Y98) не используются в качестве "основных" кодов при статистической разработке заболеваемости и смертности, но могут использоваться как "дополнительные" коды.

В начале класса даны определения места происшествия и вида деятельности.

Для идентификации места происшествия, где произошел случай, вызванный внешними причинами, используется четвертый знак с рубриками W00-Y34, за исключением Y06-Y07:

.0 Дом

.1 Специальное учреждение для проживания

.2 Школа, другие учреждения и общественный административный район

.3 Площадки для занятий спортом и спортивных соревнований

.4 Улица или автомагистраль

.5 Учреждение и район торговли и обслуживания

.6 Производственные и строительные площади и помещения

.7 Ферма

.8 Другие уточненные места

.9 Неуточненное место

Следует обратить внимание на то, что если известно "Другое уточненное место", то необходимо его назвать.

Код вида деятельности - это подклассификация для факультативного использования с целью "дополнительной" характеристики рубрик V01-Y34 и отражения деятельности пострадавшего в момент происшествия.

0 Во время спортивных занятий

1 Во время занятий на досуге

2 Во время работы с целью получения дохода

3 Во время выполнения других видов работ

4 Во время отдыха, сна, приема пищи или других видов жизнедеятельности

8 Во время других уточненных видов деятельности

9 Во время неуточненной деятельности.

Эта подклассификация не должна смешиваться с четвертым знаком, предназначенным для указания места событий, кодируемых в рубриках W00-Y34, или использоваться вместо них.

В случаях смерти от насильственных причин или подозрении на них (от механических повреждений, отравлений, в том числе этиловым спиртом, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, произведенного вне лечебно-профилактического учреждения, а также при не установлении личности умершего) труп подлежит судебно-медицинскому исследованию. При этом необходимо соблюдать следующий порядок.

В этих случаях руководитель медицинской организации или частнопрактикующий врач обязан незамедлительно известить правоохранительные органы для решения вопроса о назначении судебно-медицинской экспертизы.

Вышеуказанное положение распространяется на случай смерти лица, находившегося на лечении в медицинской организации, при подозрении, что смерть наступила от насильственной причины, либо при обстоятельствах, указывающих на ненадлежащее исполнение медицинским персоналом своих должностных и профессиональных обязанностей.

Известно, что судебно-медицинская экспертиза трупа производится только на основании "Постановления" лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи либо определением суда. Судебно-медицинское исследование трупа производится по письменному предписанию правоохранительных органов.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения службы, включая нахождение на сборах, в медицинском свидетельстве о смерти, независимо от причины смерти (заболевание, травма или отравление), делается дополнительная запись "смерть наступила в период прохождения действительной или срочной военной службы или службы по контракту". Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных соответствующим командованием в медицинскую организацию до момента выдачи медицинского свидетельства о смерти. При отсутствии этих документов запись о связи с про-

хождением действительной военной службы не производится.

Трупы лиц, умерших скоропостижно, направляют на патологоанатомическое исследование. При обнаружении признаков насильственной смерти вскрытие прекращают, извещают правоохранительные органы с целью назначения судебно-медицинской экспертизы.

Запрещается выдача медицинского свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом (фельдшером) факта смерти. Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано врачом, установившим смерть только на основании осмотра трупа, при отсутствии признаков или подозрения на насильственную смерть.

Выдача медицинского свидетельства о смерти патологоанатомом и судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа не допускается. И только в исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами, и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами, разрешается судебно-медицинским экспертам выдача медицинского свидетельства о смерти на основании наружного осмотра трупа или его частей.

В случаях насильственной смерти при заповлении медицинского свидетельства о смерти судмедэксперт выписывает из "Постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы" род смерти (несчастный случай, самоубийство или убийство), т.к. род смерти устанавливается правоохранительными органами или судом. Если род смерти не записан в "Постановлении", то в медицинском свидетельстве о смерти указывается "род смерти не установлен".

В томе III классификации имеются: Раздел II "Внешние причины травм" и Раздел III "Таблица лекарственных средств и химических веществ", которыми необходимо пользоваться при кодировании внешних причин;

Следует помнить:

- в случае травмы и отравления (S00-T98) в медицинском свидетельстве о смерти внешние причины записываются на строке г) пункта "Причины смерти";
- внешние причины кодируются с обязательным заполнением четвертого знака;
- код вытекает из записи, а не дополняет её.

КАК ПРОВЕСТИ СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА?

1. Сопоставление проводится по трем рубрикам, которые должны содержать заключительный клинический и окончательный патологоанатомический диагнозы: а) основное заболевание; б) осложнения; в) сопутствующие заболевания. В основе сличения лежит нозологический принцип.

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ("первоначальная причина смерти" по МКБ - 10)-заболевание (как правило - нозологическая форма), которое непосредственно или через осложнение(я) обуславливает клиническое проявление болезни и является причиной смерти.

ОСЛОЖНЕНИЯ - патологические процессы и синдромы, патогенетически связанные с основным заболеванием, существенно утяжеляющие течение болезни и способствующие наступлению смерти.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - нозологическая единица, синдром, этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием, не оказывающие влияния на его течение.

Клинический и патологоанатомический диагнозы должны отражать этиологию и патогенез заболевания, логически обоснованную временную последовательность изменений, интранозологическую характеристику (тип течения, степень активности, стадия). При формулировках используются современные термины и классификационные схемы. Срок установления клинического диагноза отражается на титульном листе и в эпикризе истории болезни. Диагноз должен быть по возможности полным, включать весь комплекс патологических изменений, в том числе вызванных медицинскими воздействиями, быть не формальным, а "диагнозом конкретного больного".

2. Каждая из рубрик основного заболевания может включать одну или несколько нозологических единиц (комбинированный диагноз). При формулировании **КОМБИНИРОВАННОГО ДИАГНОЗА** различают:

КОНКУРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - два или более самостоятельных заболеваний, каждое из которых само по себе могло привести к смерти;

СОЧЕТАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - не смертельные сами по себе, но в сочетании, развиваясь одновременно, утяжеляющие тече-

ние болезни и приводящие к смертельному исходу;

ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, играющие существенную роль, предрасполагающие к возникновению основного заболевания и развитию его смертельных осложнений.

3. В соответствии с требованиями МКБ и нормативных документов Минздрава РФ в качестве нозологической формы основного заболевания в диагнозе могут быть представлены отдельные синдромы. Речь идет главным образом о цереброваскулярной (геморрагической и ишемической инсульты) и ишемической (инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз) болезнях сердца ввиду их особой частоты и социальной значимости как важнейшей причины инвалидизации и смертности населения (при этом гипертрофическая болезнь и атеросклероз никоим образом не должны исчезать из диагноза). Сказанное относится также к смертельным исходам, обусловленным диагностическими и лечебными вмешательствами - ятрогенным.

4. Сопоставление клинических и патологоанатомических диагнозов, как правило, должно производиться патологоанатомом и лечащим врачом, для чего присутствие последнего на вскрытии обязательно. Итогом сопоставления диагнозов должна быть констатация следующих фактов:

совпадают или не совпадают основные клинический и патологоанатомический диагнозы. При несовпадении отмечается расхождение диагнозов по основному заболеванию;

совпадают или не совпадают диагнозы в рубриках "фоновые заболевания", "осложнения" и "сопутствующие заболевания". Отмечаются расхождения диагнозов по этим рубрикам.

В раздел расхождений по основному диагнозу включаются следующие варианты:

1). Расхождение диагноза по нозологическому принципу, по этиологии процесса, по локализации поражения (в том числе и при отсутствии в клиническом диагнозе указаний на топiku процесса).

2). Не распознавание одного из заболеваний, входящих в состав комбинированного основного заболевания.

3). Подмена нозологической формы синдромом, симптомом (кроме ситуаций с ЦВБ и ИБС).

4. Неправильное оформление клинического диагноза (несоблюдение этиопатогенетического принципа, отсутствие рубрикации, оценка осложнения в качестве основного заболевания или основного заболевания в виде сопутствующего процесса).

5). Не распознавание при жизни осложнений, вызванных хирургическим или терапевтическим вмешательством, отравлением лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, относимых к ятрогенным III категории.

Результаты сопоставления диагнозов заносится патологоанатомом в клинко-патологоанатомический эпикриз, доводятся до сведения лечащего врача и обсуждаются коллегиально на заседаниях КИЛИ, патологоанатомических конференциях.

5. Установив факт расхождения диагнозов по основному заболеванию, следует определить категорию расхождения.

I КАТЕГОРИЯ - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении.

II КАТЕГОРИЯ - заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен;

III КАТЕГОРИЯ - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

После оценки случая по основным диагнозам проводится сравнение по важнейшим осложнениям и сопутствующим заболеваниям. При не диагностировании важнейших осложнений случай следует трактовать именно как расхождение диагнозов по этому разделу, а не как констатацию нераспознанного осложнения при совпадении диагноза основного заболевания.

6. Немаловажное значение в оценке уровня диагностики играет временной фактор. По-

этому целесообразно, наряду со сравнением диагнозов, уточнять - был ли основной клинический диагноз своевременным или нет, своевременно или с опозданием были диагностированы осложнения, повлияла ли запоздавшая диагностика на исход лечения. Кратковременным пребыванием больного условно считают пребывание его в лечебном учреждении менее 24 часов (для urgentных больных - срок сокращается и индивидуализируется).

7. Определение категории расхождения клинического и патологоанатомических диагнозов неизбежно связано с выявлением причин расхождения. Нередко - дефектов в работе лечащего врача.

Причины расхождения диагнозов подразделяют на две большие группы: причины объективные и субъективные. К объективным причинам относят случаи, где правильный диагноз (иногда и вообще диагноз) установить практически невозможно. Сюда относят кратковременность пребывания больного в стационаре, тяжесть его состояния, периодичность течения болезни и т.д. К субъективным причинам относят дефекты в обследовании больного, недостаточный опыт врача, неправильная оценка данных, неустановление диагноза в условиях, когда сделать это было возможно.

8. Окончательное суждение о категории расхождения, его причин принадлежит КИЛИ. При этом обсуждению подвергается диагноз не только клинициста, но и патологоанатома, т.к. объективные и субъективные ошибки диагностики могут быть и на уровне прозектуры. К причинам объективных ошибок относятся невозможность проведения полного и детального вскрытия, отсутствие возможности произвести в необходимом объеме микроскопическое исследование секционного материала и других анализов - бактериологического, биохимического и т.д. К субъективным причинам ошибок относят недостаточную квалификацию прозектора, неправильную трактовку морфологических признаков, технически неграмотное или неполное вскрытие, отсутствие необходимых дополнительных исследований - микроскопических, бактериологических, биохимических в условиях, когда они доступны для выполнения. Сюда же включают недоучет клинических данных, нежелание консультироваться с более опытными специалистами, стремление "подогнать" патологоанатомический диагноз к клиническому.