

ICD-10

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Tenth Revision

Volume 2
Instruction manual



World Health Organization
Geneva

1993

МКБ-10

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Десятый пересмотр

Том 2
Сборник инструкций

Выпущено издательством "Медицина"
по поручению Министерства здравоохранения
и медицинской промышленности Российской
Федерации, которому ВОЗ вверила выпуск
данного издания на русском языке



Всемирная организация здравоохранения
Женева
1995

- Том 1*** Введение
 Сотрудничающие центры ВОЗ по классификации болезней
 Отчет Международной конференции по Десятому пересмотру
 Перечень трехзначных рубрик
 Полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик и их содержание
 Морфология новообразований
 Специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости
 Определения
 Номенклатурные положения
- Том 2** Сборник инструкций
- Том 3** Алфавитный указатель

* В русском издании т. 1 состоит из двух частей (это объясняется только техническими причинами). Первая часть включает введение и I-XIII классы, вторая — XIV-XXI классы, морфологию новообразований, специальные перечни для разработки данных заболеваемости и смертности, определения и номенклатурные положения.

Каталогизация публикаций, Библиотечная служба ВОЗ

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр
 Содержание: т. 1 — Специальные перечни для статистической разработки; т. 2 — Сборник инструкций; т. 3 — Алфавитный указатель

1. Классификация I. Название: МКБ-10

ISBN 92 4 154419 8 (v. 1)	(NLM Classification: WB 15)
ISBN 92 4 154420 1 (v. 2)	ISBN 5-225-03268-0 (т. 1)
ISBN 92 4 154421 X (v. 3)	ISBN 5-225-03269-9 (т. 2)
	ISBN 5-225-03280-X (т. 3)

© World Health Organization, 1993

© Всемирная организация здравоохранения, 1995

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются положения Протокола N 2 Всемирной конвенции об охране авторских прав. Заявления о разрешении на перепечатку или перевод публикаций ВОЗ частично или *in toto* следует направлять в отдел публикаций Всемирной организации здравоохранения, Женева, Швейцария. Всемирная организация здравоохранения охотно удовлетворяет такие просьбы.

М 4103000000-86 Без объявл.
 039(01)-95

Содержание

1. Введение	1
2. Описание международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	2
2.1 Цель и области применения	2
2.2 Концепция “семейства” классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем	3
2.2.1 Классификации, основанные на диагнозе	4
2.2.2 Недиагностические классификации	8
2.2.3 Информационное обеспечение первичной медико-санитарной помощи	10
2.2.4 Международная номенклатура болезней	11
2.2.5 Роль ВОЗ	12
2.3 Общие принципы классификации болезней	13
2.4 Базовая структура и принципы классификации, принятые в МКБ	14
2.4.1 Тома	15
2.4.2 Классы	16
2.4.3 Блоки рубрик	17
2.4.4 Трехзначные рубрики	17
2.4.5 Четырехзначные подрубрики	17
2.4.6 Дополнительные градации для использования на уровне пятого или последующих знаков кода	18
2.4.7 Неиспользованные коды “U”	18
3. Как пользоваться МКБ	19
3.1 Как пользоваться томом	19
3.1.1 Введение	19

3.1.2	Использование полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик	20
3.1.3	Двойное кодирование некоторых состояний	21
3.1.4	Условные обозначения, используемые в полном перечне трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик	24
3.1.5	Рубрики с общими признаками	27
3.2	Как пользоваться томом 3	29
3.2.1	Построение Алфавитного указателя	29
3.2.2	Структура	29
3.2.3	Кодовые номера	30
3.2.4	Условные обозначения	30
3.3	Основные принципы кодирования	31
4.	Правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости	33
4.1	Смертность: основополагающие принципы медицинского удостоверения причины смерти и правила кодирования	33
4.1.1	Причины смерти	33
4.1.2	Первоначальная причина смерти	34
4.1.3	Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти	34
4.1.4	Процедура выбора первоначальной причины смерти для статистической разработки данных о смертности	36
4.1.5	Правила выбора исходной предшествовавшей причины смерти	37
4.1.6	Некоторые соображения, касающиеся правил выбора	38
4.1.7	Примеры использования общего принципа и правил выбора	40
4.1.8	Модификация выбранной причины	46
4.1.9	Правила модификации	46
4.1.10	Примеры применения правил модификации	48
4.1.11	Замечания, касающиеся кодирования первоначальной причины смерти	54
4.1.12	Сводка о связях по кодовому номеру	69
4.2	Замечания по интерпретации записей о причинах смерти	73
4.2.1	Допущение наличия промежуточной причины	73

4.2.2	Интерпретация выражения “крайне маловероятно”	73
4.2.3	Значение продолжительности болезни для классификации	76
4.2.4	Последствия	76
4.2.5	Соответствие между полом пациента и диагнозом	78
4.2.6	Хирургические операции	78
4.2.7	Злокачественные новообразования	79
4.2.8	Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца	95
4.2.9	Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии	95
4.2.10	Характер травмы	95
4.2.11	Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами	97
4.2.12	Внешние причины	97
4.2.13	Выражения, указывающие на неопределенность диагноза	97
4.3	Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования	98
4.3.1	Свидетельство о перинатальной смерти	98
4.3.2	Порядок записи причин смерти	99
4.3.3	Составление статистических таблиц по причинам перинатальной смерти	102
4.3.4	Кодирование причин смерти	103
4.3.5	Правила кодирования	103
4.4	Заболеваемость	106
4.4.1	Порядок записи диагностической информации для анализа данных о заболеваемости по единичному состоянию	107
4.4.2	Принципы кодирования “основного состояния” и “других состояний”	110
4.4.3	Правила для повторного выбора в тех случаях, когда “основное состояние” записано неправильно	118
4.4.4	Примечания к конкретным классам	125
5.	Представление статистических данных	139
5.1	Введение	139
5.2	Источник данных	139

5.3	Уровень детализации причины в таблицах	139
5.4	Рекомендуемые специальные перечни для статистической разработки данных о смертности	140
5.4.1	Краткие перечни	140
5.4.2	Отобранные перечни	141
5.4.3	Использование дополнительных обозначений с целью идентификации перечней для статистической разработки данных о смертности	141
5.4.4	Разработка перечней на местном уровне	141
5.5	Специальный перечень для статистической разработки данных о заболеваемости	142
5.5.1	Описание	142
5.5.2	Модификация специального перечня для статистической разработки данных о заболеваемости в соответствии с национальными требованиями	143
5.6	Рекомендации, касающиеся статистических таблиц для международного сравнения	143
5.6.1	Статистические таблицы	143
5.6.2	Статистическая разработка данных о причинах смерти	144
5.7	Стандарты и требования к регистрации мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности	145
5.7.1	Дефиниции	145
5.7.2	Критерии регистрации данных	147
5.7.3	Статистические разработки для международного сравнения	148
5.7.4	Представление данных о причинах перинатальной смертности	150
5.8	Стандарты и требования к отчетности, касающейся материнской смертности	151
5.8.1	Дефиниции	151
5.8.2	Международная отчетность	152
5.8.3	Публикация показателей материнской смертности	152
5.8.4	Знаменатели при расчетах показателей материнской смертности	152

5.9 Доля случаев смерти, классифицированных по неточно обозначенным причинам	153
5.10 Заболеваемость	153
5.11 Меры предосторожности в случаях, когда перечни имеют подразделы	154
5.12 Проблемы малой популяции	154
5.13 “Пустые клетки” и клетки с низкими частотами	155
6. История развития МКБ	156
6.1 Ранний период	156
6.2 Принятие Международного перечня причины смерти	158
6.3 Конференция по пятому десятилетнему пересмотру	160
6.4 Предшествующие классификации болезней для статистики заболеваемости	161
6.5 Комитет Соединенных Штатов Америки по множественным причинам смерти	163
6.6 Шестой пересмотр Международных перечней	165
6.7 Седьмой и восьмой пересмотры	167
6.8 Девятый пересмотр	167
6.9 Подготовка Десятого пересмотра	169
Список литературы	170
Предметный указатель	173

1. Введение

Этот том Десятого пересмотра Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), содержит инструкции по регистрации и кодированию данных, много нового материала о практических аспектах использования этой классификации, а также исторический обзор классификации. Этот материал представлен отдельным томом для удобства пользования, когда возникает необходимость одновременно сослаться на саму классификацию (т. 1) и на инструкции по ее применению. Подробные инструкции по использованию Алфавитного указателя содержатся во введении к Тому 3.

Этот том дает общее представление о МКБ, а также содержит практические инструкции для лиц, осуществляющих кодирование данных о смертности и заболеваемости, рекомендации по представлению и интерпретации данных. Он не является детальным учебным пособием по использованию МКБ. Представленный здесь материал необходимо дополнять соответствующими учебными курсами, предусматривающими интенсивную практическую работу на конкретной медицинской документации и обсуждение возникающих проблем.

Если проблемы, связанные с использованием МКБ, не удастся решить на местном уровне или с помощью национальных статистических служб, рекомендуется обращаться в Сотрудничающие центры ВОЗ по классификации болезней (см. т. 1, с. 7—8).

2. Описание международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

2.1 Цель и области применения

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

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

МКБ можно использовать для классификации болезней и других проблем, связанных со здоровьем, зарегистрированных в различных типах документации, связанной со здоровьем и естественным движением населения. Первоначально она использовалась для классификации причин смерти, указанных в свидетельстве о смерти. Позднее ее рамки были расширены, чтобы включить диагнозы для статистики заболеваемости. Важно отметить, что хотя МКБ предназначена главным образом для классификации болезней и травм, имеющих официальный диагноз, не каждая проблема или причина обращения за медицинской помощью могут быть обозначены с помощью официального диагноза.

Поэтому МКБ предусматривает возможность обработки данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указываться вместо диагноза в медицинской документации (см. т. 1, классы XVIII и XXI). Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как “диагноз”, “причина госпитализации”, “состояния, по поводу которых проводилось лечение”, “причина обращения за медицинской помощью”, которые имеются в разнообразных медицинских документах, откуда извлекаются статистические данные и другие виды информации о здоровье.

2.2 Концепция “семейства” классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем

Хотя МКБ можно использовать в различных целях, она не всегда позволяет включать достаточно детальные данные по некоторым специальностям, а иногда возникает необходимость в информации по различным характеристикам классифицируемых состояний. Кроме того, было предложено, чтобы МКБ включила классификации дополнительной информации, касающейся состояния здоровья или медицинской помощи.

Предполагалось, что основная МКБ (трех- и четырехзначная классификация), представленная в трех томах МКБ-10, не сможет включить всю эту дополнительную информацию и при этом остаться доступной и удобной для ее традиционных пользователей. Поэтому возникла идея создания “семейства” классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем, включающего тома, опубликованные отдельно от основной МКБ и используемые по мере необходимости.

“Сердцевиной” классификации МКБ-10 является трехзначный код, который служит обязательным уровнем кодирования данных о смертности, которые отдельные страны предоставляют ВОЗ, а также при проведении основных международных сравнений. Четырехзначные подрубрики, хотя и не являются обязательными для отчетов на международном уровне, рекомендованы для многих целей и составляют неотъемлемую часть МКБ, как и специальные перечни для статистических разработок.

Существуют две основные группы классификаций. Классификации первой группы охватывают данные, относящиеся к диагнозам и состоянию здоровья, и строятся непосредственно на основе МКБ путем сокращения или расширения перечня рубрик. Сокращенные перечни могут быть использованы для разных форм представления данных, для суммарных статистических таблиц и потенциально для информационной поддержки развития первичной медико-санитарной помощи (см.

с. 10), тогда как расширенные перечни используются для достижения большей клинической детализации, например в вариантах классификации, адаптированных для узких специалистов (см. с. 4). Эта группа также включает классификации, дополняющие перечень рубрик, что позволяет распределять диагнозы, используя иную ось классификации, например морфологию опухолей.

Вторая группа классификаций охватывает аспекты, относящиеся к нарушениям здоровья, которые не вписываются в формальные диагнозы известных в настоящее время состояний, а также другие классификации, касающиеся медицинской помощи. Эта группа включает классификации инвалидности, медицинских и хирургических процедур и причин обращения в учреждения здравоохранения.

Семейство МКБ включает также концептуальную основу дефиниций, стандартов и методов, которые, хотя и не являются классификациями сами по себе, достаточно тесно связаны с МКБ в течение длительного времени. Одна из этих концепций — развитие методов поддержки сбора и использование на местном уровне информации для первичной медико-санитарной помощи.

Другой публикацией, связанной с МКБ, но не вытекающей из нее, является Международная номенклатура болезней (МНБ). Разница между классификацией и номенклатурой обсуждается на с. 13.

Приведенная на с. 5 схема иллюстрирует содержание и взаимосвязи различных членов “семейства” классификаций.

2.2.1 Классификации, основанные на диагнозе

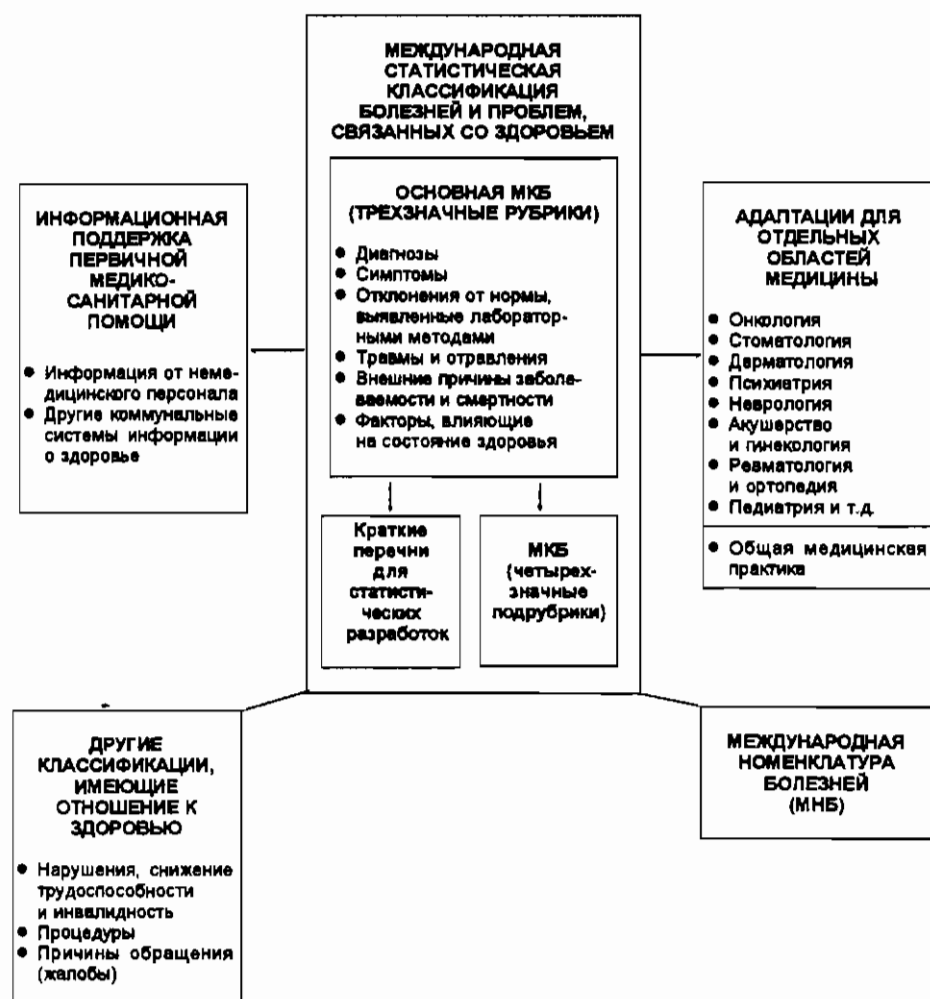
Специальные перечни для статистических разработок

Специальные перечни для статистических разработок вытекают непосредственно из основной классификации и используются для представления данных и облегчения анализа сведений о состоянии здоровья и его динамики на международном, национальном и субнациональном уровнях. Специальные перечни для статистических разработок, рекомендованные для международных сравнений и публикаций, включены в Том 1, ч. 2 (с. 601—624). Существуют пять таких перечней: четыре для данных о смертности и один для данных о заболеваемости (более подробно этот вопрос рассмотрен в разделах 5.4 и 5.5, с. 140—143).

Специализированные варианты

Специализированный вариант обычно объединяет в одном компактном томе те разделы или рубрики МКБ, которые относятся к конкрет-

БЛОК ("СЕМЕЙСТВО") КЛАССИФИКАЦИЙ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ



ной специальности. В таком томе сохраняются четырехзначные подрубрики, а большая детализация достигается с помощью пятизначных, а иногда и шестизначных подрубрик. Имеется также и алфавитный указатель соответствующих терминов. Другие адаптированные варианты могут иметь глоссарии дефиниций рубрик и подрубрик внутри данной специальности.

Специализированные варианты часто разрабатываются международными группами специалистов, в ряде случаев национальные группы спе-

циалистов публикуют свои варианты, которые позднее используются и другими странами. Ниже перечислены некоторые из крупных специализированных вариантов, действующих в настоящее время.

Онкология

Второе издание *Международной классификации онкологических болезней* (МКБ-О), опубликованное ВОЗ в 1990 г., предназначено для использования в регистрах рака, в патологоанатомических и других лабораториях, специализирующихся в области онкологии [1]. МКБ-О является двухосевой классификацией с системой кодирования как по топографии, так и по морфологии. При кодировании по топографии для большинства новообразований используются те же самые трехзначные рубрики и четырехзначные подрубрики, которые используются в МКБ-10 для злокачественных новообразований (рубрики C00—C80). Благодаря этому МКБ-О позволяет более подробно указывать локализацию незлокачественных новообразований, чем это возможно в МКБ-10.

Морфологические коды новообразований идентичны тем, которые приведены в классификации *Systematized nomenclature of medicine* (SNOMED) [2], которая была разработана на основе изданного в 1968 г. руководства "*Manual of tumor nomenclature and coding*" (MOTNAC) [3] и опубликованного в 1965 г. руководства "*Systematized nomenclature of pathology*" (SNOP) [4]. Морфологический код имеет пять знаков: первые четыре знака обозначают гистологический тип, а пятый — характер новообразования (злокачественное, *in situ*, доброкачественное и т.д.). Морфологические коды МКБ-О также приведены в т. 1 МКБ-10 и дополнительно помещены в соответствующих разделах т. 3 (Алфавитный указатель). Имеются таблицы для перевода кодов второго издания МКБ-О в коды МКБ-10.

Дерматология

В 1978 г. Британская ассоциация дерматологов опубликовала руководство "*International Coding Index for Dermatology*", сопоставимый с Девятым пересмотром МКБ. Когда настоящий том готовился к выходу в свет, Ассоциация продолжала работу над адаптацией МКБ-10 для дерматологии при содействии Международной лиги дерматологических обществ.

Зубоврачебное дело и стоматология

ВОЗ подготовила публикацию "*Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology*" (ICD-DA) третьего издания ("Применение международной классификации болезней в зубоврачебном деле и стоматологии") (МКБ-ЗС), основанного на МКБ-10. Оно должно объединить вместе рубрики МКБ, обозначающие болезни и

состояния, которые возникают в полости рта, проявляются в ней или связаны с ней и примыкающими к ней структурами. Этот специализированный вариант обеспечивает большую детализацию, чем МКБ-10, за счет введения пятого знака, но система нумерации организована таким образом, что связь кодов МКБ-3С и кодов МКБ, из которых они образуются, совершенно очевидна, так что данные, представленные рубриками МКБ-3С, могут быть легко переведены в рубрики МКБ.

Неврология

ВОЗ намерена опубликовать специализированный вариант МКБ-10 по неврологии, который сохранит системы классификации и кодирования МКБ-10, но будет детализирован на пятизначном и большем уровне, что позволит классифицировать неврологические болезни с большей точностью.

Ревматология и ортопедия

Международная Лига борьбы с ревматизмом работает над пересмотром документа "*Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics (ICD-R&O)*" ("Применение международной классификации болезней в ревматологии и ортопедии (МКБ-РиО)", включая *International Classification of Musculoskeletal Disorders (ICMSD)* ("Международная классификация костно-мышечных нарушений МККМН"), с целью совмещения их с МКБ-10. МКБ-РиО предусматривает более детальную спецификацию состояний путем использования дополнительных знаков, которые позволяют отразить дополнительные сведения при сохранении совместимости с МКБ-10. МККМН предназначена для уточнения и стандартизации использования терминов; с этой целью в ней будет приведен глоссарий описательных характеристик групп состояний, таких как воспалительные полиартропатии.

Педиатрия

Под эгидой Международной ассоциации педиатров Британская педиатрическая ассоциация (БПА) разрабатывает руководство по применению МКБ-10 в педиатрии, в котором будет использоваться пятый знак для обеспечения большей детализации. Оно заменит аналогичные руководства, подготовленные БПА для МКБ-8 и МКБ-9.

Психические расстройства

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines ("Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10: клинические описания и диагнос-

тические критерии"). Этот том, опубликованный в 1992 г., содержит для каждой рубрики класса V МКБ-10 (Психические расстройства и расстройства поведения) общие описания и диагностические критерии, а также комментарии по поводу дифференциальной диагностики и перечень синонимов и исключенных терминов [5]. Когда необходима большая детализация, руководство дает возможность использовать пятый и шестой знаки. Второе руководство, имеющее отношение к классу V *Diagnostic criteria for research* ("Диагностические критерии для исследования"), находится в печати.

Запланировано испытать вариант классификации для использования в первичной медико-санитарной помощи, а также и другой вариант, который будет использовать иную структуру рубрик умственных нарушений у детей в многоосевой системе, позволяющей одновременно оценивать клиническое состояние, сопутствующие факторы окружающей среды и степень инвалидности, связанной с конкретной болезнью.

2.2.2 Недиагностические классификации

Процедуры, применяемые в медицине

International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) [Международная классификация процедур в медицине (МКПМ)] была опубликована ВОЗ в двух томах в 1978 г. [6]. Она включает диагностические, профилактические, терапевтические, рентгенорадиологические, медикаментозные, хирургические и лабораторные процедуры. Эта классификация была принята рядом стран, в то время как другие страны использовали ее как основу для разработки собственной национальной классификации хирургических операций.

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

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

На совещании в 1989 г. руководители Сотрудничающих центров согласились с тем, что этот перечень может служить руководством для национальных публикаций статистики хирургических процедур, а

также облегчить международную сопоставимость данных. Этот перечень следует использовать также как основу для разработки сопоставимых национальных классификаций хирургических процедур.

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

Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (МКНСТ и СН)

Это руководство по классификации, касающееся последствий болезни (включая травмы и нарушения), было опубликовано ВОЗ на английском языке в 1980 г. [7]. В дальнейшем оно было переведено на множество языков.

МКНСТ и СН содержит три отличающиеся друг от друга классификации, каждая из которых относится к различным последствиям болезни.

Нарушения (код I) включает потерю или аномалию психологической, физиологической или анатомической структуры или функции. В принципе, нарушение представляет расстройства на уровне конкретного органа.

Основу структуры кода I составляют два знака до и один знак после десятичной точки. В некоторых случаях используется четвертый знак. Для этой классификации имеется алфавитный указатель.

Снижение трудоспособности (код D) отражает последствия нарушений в виде любого ограничения или отсутствия способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека; таким образом, снижение трудоспособности отражает расстройства на уровне отдельного человека (личности).

Основу структуры кода D составляют два знака и возможность использовать дополнительный знак после десятичной точки. Алфавитного указателя для этой классификации нет.

Социальная недостаточность (код H) — это такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или снижения трудо-

способности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или не может совсем выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения); социальная недостаточность, таким образом, отражает несоответствие между реальными возможностями и ожиданиями самого человека или группы лиц, к которой он принадлежит.

Классификация социальной недостаточности имеет семь измерителей: шесть ключевых, которые названы критериями выживания, и один измеритель, названный другой социальной недостаточностью и касающийся проблем, не включенных в критерии выживания. В каждом измерителе применяется шкала из одного знака. Эта классификация не является классификацией индивидуумов. Это классификация обстоятельств, которые ставят человека с потерей трудоспособности в невыгодное положение по сравнению с другими людьми с точки зрения норм, принятых в обществе. Эта классификация не имеет алфавитного указателя.

Работа по использованию МКНСТ и СН успешно ведется в разных странах и в последние годы обсуждалась на нескольких международных встречах. Созданы сотрудничающие центры ВОЗ по развитию и использованию МКНСТ и СН, которые будут принимать участие в работе по пересмотру МКНСТ и СН.

2.2.3 Информационное обеспечение первичной медико-санитарной помощи

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

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

Один из этих подходов — “популяционная информация” — включает участие населения в определении, сборе и использовании данных,

касающихся здоровья. Степень участия населения колеблется только от сбора данных до планирования, анализа и использования информации. Опыт некоторых стран показал, что это не просто некая теоретическая схема. Международная конференция по Десятому пересмотру Международной классификации болезней (см. том 1, ч 1, с. 9—26) отметила в своем отчете:

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

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

2.2.4 Международная номенклатура болезней

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

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

Рекомендовано избегать экономических терминов, поскольку они не раскрывают суть болезни, однако широко распространенные названия (например, болезнь Ходжкина, болезнь Паркинсона и болезнь Аддисона) должны быть сохранены.

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

Предполагается, что МНБ будет дополнять МКБ. Разница между номенклатурой и классификацией обсуждается на с. 13. По возможности терминологии МНБ было отдано предпочтение при составлении МКБ.

До 1992 г. опубликованы следующие тома МНБ [8]: *Infectious diseases* (инфекционные болезни) [бактериальные болезни (1985), микозы (1982), вирусные болезни (1983), паразитарные болезни (1987)]; *Diseases of the lower respiratory tract* [Болезни нижних дыхательных путей (1979)]; *Diseases of the digestive system* [Болезни пищеварительной системы (1990)]; *Cardiac and vascular diseases* [Болезни сердца и сосудов]; *Metabolic, nutritional and endocrine disorders* [Болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ (1991)]; *Diseases of the kidney, the lower urinary tract, and the male genital system* [Болезни почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (1992)] и *Diseases of the female genital system* [Болезни женских половых органов (1992)].

2.2.5 Роль ВОЗ

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

ВОЗ содействует разработке специализированных вариантов, которые расширяют сферу применения МКБ и облегчают сопоставимость данных санитарной статистики. Роль ВОЗ в разработке новых классификаций, адаптированных вариантов и глоссариев состоит в обеспечении общего руководства и выполнении функций центра обработки и анализа информации, оказывающего при необходимости техническую помощь. Лица, заинтересованные в подготовке вариантов МКБ-10, должны сразу же проконсультироваться в ВОЗ как только будут четко сформулированы цели конкретного варианта. Координированный под-

ход к разработке различных компонентов семейства классификаций дает возможность избежать ненужного дублирования.

2.3 Общие принципы классификации болезней

Еще в 1856 г. William Farr заявил, что [9]:

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

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

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

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

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

МКБ является практикой, а не чисто теоретической классификацией, в которой допущен ряд компромиссов между классификациями, осно-

ванными на этиологии, анатомической локализации, обстоятельствах возникновения болезни и т.д. Имел место ряд корректировок, чтобы учесть интерес различных областей статистического применения, для которых предназначена МКБ, такие как статистика смертности, заболеваемости, социальной защиты и другие виды санитарной статистики и материалов обследования здоровья населения.

2.4 Базовая структура и принципы классификации, принятые в МКБ

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

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

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

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

Различие между классами, относящимися к "специальным группам", и классам, относящимися к "системам организма", имеет практическое значение для понимания структуры классификации, для кодирования и интерпретации статистических данных, полученных на ее основе. Необходимо помнить, что, как правило, состояния классифицируются преимущественно в одном из классов, относящихся к "специальным группам". В случае сомнения относительно того, куда от-

нести данное состояние, приоритет следует отдавать классам “специальных групп”.

Основу МКБ составляет единый кодовый перечень трехзначных рубрик, каждая из которых может быть далее подразделена на четырехзначные подрубрики числом до десяти. Вместо чисто цифровой системы кодирования в предыдущих пересмотрах в Десятом пересмотре использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до Z99.9. Буква U не используется (см. с. 18).

2.4.1 Тома

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

Большую часть тома 1 занимает основная классификация, состоящая из перечня трехзначных рубрик и полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик и их содержания. “Сердцевина” классификации — перечень трехзначных рубрик (том 1, ч. 1, с. 27—99), является обязательным уровнем для представления информации в базу данных ВОЗ о смертности и для основных международных сравнений. В этой “сердцевине” классификации также перечислены названия классов и блоков. Полный перечень, дающий детализацию на четырехзначном уровне, разделен на 21 класс (том 1, ч. 1, с. 101—576).

В томе 1 также содержатся:

- Раздел *“Морфология новообразований”*. Классификация морфологии новообразований (том 1, ч. 2, с. 577—599) при желании может быть использована в качестве дополнительного кода для классификации морфологических типов новообразований, которые, за малым исключением, классифицируются в классе II только в соответствии с их характером и локализацией (топографией). Используются те же морфологические коды, что и в специализированном варианте МКБ по онкологии (МКБ-О) [1].
- *Специальные перечни для сводных статистических разработок*. Так как полный четырехзначный перечень МКБ и даже трехзначный перечень слишком объемные, чтобы быть представленными в каждой статистической таблице, большинство текущих статистик используют перечень рубрик и подрубрик, в которых упор делается на некоторых отдельных состояниях, а другие группируются. Составной частью МКБ являются четыре специальных перечня для сводных

статистических разработок данных о смертности. Перечни 1 и 2 касаются общей смертности, перечни 3 и 4 — младенческой и детской смертности (возрастные группы от 0 до 4 лет). Имеется также специальный перечень для разработки сводных статистических данных о заболеваемости. Эти перечни приведены на с. 601—624 тома 1, ч. 2. Правила использования различных уровней классификации и специальных перечней даны в разделе 5 настоящего тома.

- *Определения.* Определения, приведенные на с. 625—628 тома 1, ч. 2, были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения и включены для облегчения международной сопоставимости данных.
- *Номенклатурные правила.* Эти правила приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения и устанавливают официальную ответственность государств-членов ВОЗ в отношении классификации болезней и причин смерти, составления и публикации статистических данных. Они приведены на с. 629—633 тома 1, ч. 2.

2.4.2 Классы

Классификация разделена на 21 класс. Первым знаком кода в МКБ является буква, и каждая буква соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классе II “Новообразования” и в классе III “Болезни крови и кроветворных органов и определенные нарушения, вовлекающие иммунный механизм”, и буквы H, которая используется в классе VII “Болезни глаза и придаточного аппарата” и в классе VIII “Болезни уха и сосцевидного отростка”. Четыре класса (классы I, II, XIX и XX) используют более одной буквы в первом знаке своих кодов.

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

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

яние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения” предназначен для классификации данных, объясняющих причину обращения в учреждение здравоохранения человека, не являющегося больным в данное время, или обстоятельств, в силу которых пациент получает медицинскую помощь именно в то время или же имеющих какое-либо иное отношение к помощи, которую он получает.

2.4.3 Блоки рубрик

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

2.4.4 Трехзначные рубрики

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

2.4.5 Четырехзначные подрубрики

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

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

одной болезни, или же отдельные болезни, если трехзначная рубрика предназначена для группы болезней.

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

Когда одинаковые четвертые знаки используются при градации нескольких трехзначных рубрик, смысловое значение этих четвертых знаков указывается только один раз, перед началом перечисления рубрик. В каждой такой рубрике дается примечание, указывающее, где содержатся более детальные сведения, например, рубрики O03-O06 для разных типов абортс имеют общий четвертый знак, отражающий осложнения (см. т. 1, ч. 2, с. 51).

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

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

- Класе XIII — подрубрики по анатомической локализации
- Класе XIX — подрубрики для обозначения открытых и закрытых переломов, а также внутричерепных, внутригрудных и внутрибрюшных повреждений с открытой раной и без нее
- Класе XX — подрубрики для обозначения видов деятельности в момент происшествия.

2.4.7 Неиспользованные коды “U”

Коды U00—U49 следует использовать для временного обозначения новых болезней неясной этиологии. Коды U50—U99 могут быть использованы в исследовательских целях, например для апробирования альтернативной подклассификации в рамках специального проекта.

3. Как пользоваться МКБ

Этот раздел содержит практическую информацию для всех пользователей, с тем чтобы они знали, как наиболее эффективно применить данную классификацию. Знание и понимание целей и структуры МКБ жизненно важно как для статистиков и аналитиков, имеющих дело с медико-санитарной информацией, так и для кодировщиков. Точность и последовательность применения МКБ зависят от правильного использования всех трех томов.

3.1 Как пользоваться томом 1

3.1.1 Введение

Том 1 МКБ содержит саму классификацию. Здесь указываются рубрики, к которым следует относить диагнозы, что облегчает сортировку и расчеты в статистических целях. Для тех, кто использует статистику, в нем указано также определение содержания рубрик, подрубрик и позиций специального перечня, которые могут быть включены в статистические таблицы.

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

Большой частью повседневное использование МКБ в статистических целях предусматривает выбор какого-то одного патологического состояния из свидетельства о смерти или другого медицинского документа, в которых указано более чем одно патологическое состояние. Правила такого выбора в связи со статистикой смертности и заболеваемости содержатся в разделе 4 данного тома.

Детальное описание полного перечня рубрик приведено в разделе 2.4.

3.1.2 Использование полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подразбук

Включенные термины

В рамках трехзначных рубрик и четырехзначных подразбук¹ обычно перечислен ряд других диагностических терминов. Их называют "включенными терминами", и они даются в дополнение к названиям рубрик как примеры диагностических формулировок, классифицируемых в этой рубрике. Они могут относиться к различным состояниям или могут быть синонимами. Они не являются подклассификацией той или иной рубрики.

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

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

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

Исключенные термины

Некоторые рубрики содержат перечни состояний, которым предшествует слово "Исключено". Имеются термины, которые, учитывая название данной рубрики, предположительно могли бы быть отнесены к ней, но на самом деле классифицируются в других рубриках. Таким примером является рубрика A46, "Рожа", из которой исключена рожа

¹ В контексте МКБ слово "рубрика" обозначает как трехзначную рубрику, так и четырехзначную подразбукку.

в послеродовом периоде. После каждого исключенного термина в скобках указан кодовый номер другой рубрики и подрубрики, к которым следует отнести этот термин.

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

Описания в виде глоссария

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

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

3.1.3 Двойное кодирование некоторых состояний

Система кодирования со значками "крестик" и "звездочка"

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

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

Поскольку система кодирования значками “крестик” и “звездочка” предусматривает альтернативные классификации для представления статистических данных, принцип МКБ состоит в том, что код со значком “крестик” является основным и должен использоваться всегда. Допускается использование кода со значком “звездочка” в качестве дополнительного, если нужен альтернативный метод представления статистических данных. Код со звездочкой никогда не должен употребляться самостоятельно. Статистика, регистрирующая коды со значком “крестик”, подчиняется традиционной классификации в представлении данных о смертности, заболеваемости и другим аспектам медицинской помощи.

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

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

Система кодирования со значками “крестик” и “звездочка” используется в Классификации в ограниченном числе случаев. Во всей Классификации имеется 83 специальные рубрики, помеченные звездочками, они перечислены в начале соответствующих классов.

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

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

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

- ii) Если в названии рубрики имеется значок “крестик”, но альтернативный код со звездочкой отсутствует, то все состояния, отнесенные к этой рубрике, подвергаются двойной классификации, но имеют разные альтернативные коды (которые приведены для каждого термина отдельно), например:

A18.1 † Туберкулез мочеполовых органов

Туберкулёз:

- мочевого пузыря (N33.0*)
- шейки матки (N74.0*)
- почки (N29.1*)
- мужских половых органов (N51.—*)
- мочеоточника (N29.1*)

Туберкулезное воспаление женских тазовых органов (N74.1*)

- iii) Если в названии рубрики нет ни значка “крестик”, ни альтернативного кода со звездочкой, рубрика в целом не подлежит двойной классификации, но отдельные включенные в нее состояния могут классифицироваться двояко; такие термины помечают крестиком и альтернативным кодом, например:

A54.8 Другие гонококковые инфекции

Гонококковый(ая,ое):

- ...
- перитонит † (K67.1*)
 - • пневмония † (J17.0*)
 - септицемия
 - поражение кожи

Другое факультативное двойное кодирование

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

Они употребляются:

- i) для местных инфекций, отнесенных к классам “системы организма”, где могут добавляться коды из класса I, чтобы указать природу возбудителя, если эта информация не приведена в названии рубрики. Для этой цели в классе I предназначен блок рубрик B95–B97.

- ii) для новообразований с функциональной активностью. Чтобы обозначить тип функциональной активности, к коду класса II может быть добавлен соответствующий код класса IV.
- iii) для новообразований, морфологический код которых, указанный на с. 579—599 т. 1, ч. 2, хотя и не являющийся частью основной МКБ, может быть добавлен к классу II для идентификации морфологического типа опухоли.
- iv) для состояний, классифицируемых в рубриках F00—F09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) класса V, может добавляться код из другого класса для того, чтобы указать причину, т.е. основную болезнь, травму или другое поражение мозга.
- v) если состояние является следствием воздействия токсичного вещества, может быть добавлен код класса XX для идентификации этого вещества.
- vi) в случаях, когда два кода могут быть использованы для описания в полном объеме травмы, отравления или другого неблагоприятного воздействия: код класса XIX, который описывает характер травмы, и код класса XX, который описывает ее причину. Решение о том, какой из этих кодов следует считать добавочным, зависит от цели, для которой эти данные собираются. (См. введение к классу XX, с. 373, том 1, ч. 2.)

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

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

Круглые скобки ()

Круглые скобки используются в т. 1 в четырех важных ситуациях.

- a) В круглые скобки помещают дополнительные слова, которые могут следовать за диагностическим термином, не влияя на кодовый номер, которым нужно обозначать слова вне скобок. Например, в

рубрике I10 включенный термин “Гипертензия (артериальная) (доброкачественная) (эссенциальная) (злокачественная) (первичная) (системная)” указывает, что I10 является кодовым номером для слова “Гипертензия” независимо от того, приведено ли только это слово или же оно дополнено любым словом в круглых скобках или комбинацией этих слов.

- b) В круглые скобки также заключают коды, которые относятся к исключенным терминам. Например:

H01.0, Блефарит, исключен блефароконъюнктивит (H10.5).

- c) Круглые скобки используются в названии блока, когда в них заключают перечень трехзначных кодов рубрик, входящих в данный блок.
- d) Последний способ употребления круглых скобок был введен Девятым пересмотром и относится к системе значков “крестик” и “звездочка”. В круглые скобки заключают крестик в рубрике со звездочкой или звездочку, следующую за термином, обозначенным крестиком.

Квадратные скобки []

Квадратные скобки применяются:

- a) для заключения синонимов, альтернативных формулировок или поясняющих фраз, например:

A30 Лепра [болезнь Гансена];

- b) для ссылки на предыдущие примечания, например:

S00.8 Поражения губы, выходящие за пределы одной и более выше-указанных локализаций [См. примечание 5 на с. 179 тома 1, ч. 1].

- c) для ссылки на ранее обозначенный блок четырехзначных подразбук, общих для ряда трехзначных рубрик, например:

K27 Пептическая язва неуточненной локализации [См. подразбуки на с. 578 тома 1, ч. 1]

Двоеточие :

Двоеточие применяют при перечислении включенных и исключенных терминов, когда слова, предшествующие им, не являются законченными формулировками, которые следовало бы включить в данную

рубрику. Эти термины требуют дополнения в виде одного или нескольких модифицирующих или уточняющих слов, начинающихся с абзаца под ними, прежде чем они могут быть отнесены к данной рубрике. Например, в рубрике К36 “Другие формы аппендицита” диагноз “аппендицит” следует отнести к данной рубрике только в том случае, если он уточнен словами “хронический” или “рецидивирующий”.

Фигурная скобка }

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

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

“БДУ”

Буквы БДУ представляют собой аббревиатуру словосочетания “без дополнительных уточнений”, означающего “неуточненный” или “неустановленный”.

Иногда неустановленный термин все же классифицируется в рубрике для более уточненного типа данной болезни. Это связано с тем, что в медицинской терминологии самая распространенная форма болезни часто известна под именем самой болезни и уточняются только менее распространенные типы болезни. Например термин “митральный стеноз” обычно используют для обозначения “ревматического митрального стеноза”. Это встроенное допущение следует принимать во внимание, чтобы избежать ошибок в классификации. Тщательное изучение включенных терминов покажет, где было сделано такое допущение. Кодировщикам следует быть очень осторожными, чтобы не закодировать термин как неуточненный до тех пор, пока не станет совершенно ясно, что нет никакой другой информации, которая позволила бы дать более точное обозначение этого термина в какой-либо иной рубрике. При интерпретации статистических данных, основанных на МКБ, следует учитывать, что некоторые состояния, отнесенные к явно уточненной рубрике, окажутся не такими уточненными в медицинском документе, который был кодирован. При сравнении временной динамики и интерпретации статистических данных важно по-

мнить, что эти допущения могут меняться от одного Пересмотра МКБ к другому. Так, например, до Восьмого пересмотра допускалось, что аневризма аорты неуточненная является следствием сифилиса.

“Не классифицированный(ая,ое) в других рубриках”

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

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

В эту рубрику включены подрубрики J16.0 (Пневмония, вызванная хламидиями) и J16.8 (Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами). Многие другие рубрики предоставлены в классе X (например, J10—J15) и других классах (например, P23.— Врожденная пневмония) для пневмоний, вызванных уточненными возбудителями. Рубрика J18 (Пневмония без уточненного возбудителя) предоставлена для пневмоний, возбудитель которых не установлен.

Союз “и” в названиях

Союз “и” применяют для обозначения “и/или”. Например, в рубрике A18.0 (Туберкулез костей и суставов) должны классифицироваться случаи “туберкулеза костей”, “туберкулеза суставов”, а также “туберкулеза костей и суставов”.

Точка тире .—

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

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

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

3.1.5 Рубрики с общими признаками

Для целей контроля качества полезно ввести в компьютерную систему программу проверки. Как основа для такой проверки на внутреннюю

согласованность даны следующие группы рубрик, сгруппированные в соответствии с особыми признаками, объединяющими их.

Рубрики со звездочкой

Следующие рубрики со звездочкой не должны использоваться как самостоятельный код; они всегда должны употребляться в дополнение к коду со значком "крестик".

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*.

Рубрики, касающиеся только одного пола

Следующие рубрики относятся к болезням лиц только мужского пола:

B26.0, C60—C63, D07.4—D07.6, D17.6, D29.—, D40.—, E29.—, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40—N51, Q53—Q55, R86, S31.2—S31.3, Z12.5.

Следующие рубрики относятся к болезням лиц только женского пола:

A34, B37.3, C51—C58, C79.6, D06.—, D07.0—D07.3, D25—D28, D39.—, E28.—, E89.4, F52.5, F53.—, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0—M80.1, M81.0—M81.1, M83.0, N70—N98, N99.2—N99.3, O00—O99, P54.6, Q50—Q52, R87, S31.4, S37.4—S37.6, T19.2—T19.3, T83.3, Y76.—, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32—Z36, Z39, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

Рекомендации по трактовке несоответствий между полом и заболеванием приведены на с. 78.

Рубрики, предназначенные для последствий болезней

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

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

Рекомендации по кодированию последствий болезней для целей статистики смертности и заболеваемости можно найти на с. 76—78 и с. 115—116.

Нарушения после медицинских процедур

Следующие рубрики не используются для кодирования основной причины смерти. Рекомендации по их использованию при кодировании заболеваемости приведены на с. 117—118.

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

3.2 Как пользоваться томом 3

Во введении к тому 3, Алфавитному указателю МКБ—10, даны инструкции по его использованию. Эти инструкции следует тщательно изучить прежде, чем приступить к кодированию. Ниже приведено краткое описание структуры Алфавитного указателя и некоторые соображения по его использованию.

3.2.1 Построение Алфавитного указателя

Том 3 состоит из трех следующих разделов:

- Раздел I включает все термины, относящиеся к классам I—XIX и к классу XXI, кроме названий лекарственных средств и других химических веществ.
- Раздел II является указателем внешних причин заболеваемости и смертности и содержит все термины, относящиеся классу XX, кроме названий лекарственных средств и других химических веществ.

Раздел III — это таблица лекарственных средств и химических веществ, в которой для каждого вещества приведены коды рубрик класса XIX, предназначенные для классификации отравлений и побочных эффектов лекарственных средств, а также коды рубрик класса XX, которые указывают на то, было ли отравление результатом несчастного случая, преднамеренным или оно произошло по неуточненной причине, либо явилось побочным эффектом на правильно назначенное и правильно введенное вещество.

3.2.2 Структура

Указатель содержит “ведущие термины”, расположенные в самой левой колонке, и другие слова (модифицирующие или уточняющие) расположенные на разных уровнях отступа под ними. В разделе I эти модифицирующие или уточняющие слова, начинающиеся с отступа, обозначают обычно разновидности болезней, локализации и обстоя-

тельства, которые оказывают влияние на кодирование; в разделе II они характеризуют различные типы несчастных случаев или происшествий, участвующие транспортные средства и т.д. Определения, не оказывающие влияние на кодирование, заключены в круглые скобки после названия патологического состояния.

3.2.3 Кодовые номера

Кодовые номера, следующие за терминами, относятся к рубрикам и подрубрикам, к которым следует отнести данный термин. Если код представлен только тремя знаками, можно считать, что данная рубрика не имеет подрубрик. В большинстве случаев, если трехзначная рубрика подразделена на четырехзначные подрубрики, кодовый номер в Алфавитном указателе дан с четвертым знаком. Тире на месте четвертого знака (например, 003.—) указывает на то, что данная рубрика подразделена и что существует четвертый знак, который всегда можно найти, используя основной перечень. Если к данному термину применена система кодирования с использованием значков “крестик” и “звездочка”, то приводятся оба кода.

3.2.4 Условные обозначения

Круглые скобки

Круглые скобки употребляются в Указателе в той же функции, что и в томе 1, т.е. для включения дополняющих определений.

“НКД”

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

Перекрестные ссылки

Во избежание излишних повторений в Алфавитном указателе используются перекрестные ссылки. Слово “смотри” отсылает кодировщика к другому термину; фраза “смотри также” указывает кодировщику, что ему следует обратиться к другому термину в Указателе, если в кодируемой формулировке диагноза содержится другая информация, которая отсутствует среди перечислений, начинающихся с отступа под термином, к которому относится фраза “См. также”.

3.3 Основные принципы кодирования

Алфавитный указатель содержит большое число терминов, не встречающихся в томе 1, и для точного кодирования до присвоения кода необходимо всегда обращаться как к Полному перечню, так и к Алфавитному указателю. Прежде чем приступить к кодированию, кодировщик должен освоить принципы классификации и кодирования и решать практические примеры.

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

1. Идентифицируйте тип кодируемой формулировки диагноза и обратитесь к соответствующему разделу Алфавитного указателя. (Если формулировка является названием болезни, травмы или другого патологического состояния, относящегося к классам I—XIX или XXI, обратитесь к разделу I Указателя. Если формулировка характеризует внешнюю причину травмы или других случаев, относящихся к классу XX, обратитесь к разделу II.)
2. Определите ведущий термин. В случае болезней и травм это обычно будет название патологического состояния в форме существительного. Следует помнить, однако, что в Указателе в качестве ведущих терминов включены названия некоторых болезненных состояний, выраженные в форме прилагательного или причастия.
3. Ознакомьтесь со всеми примечаниями, расположенными под ведущим термином, и руководствуйтесь ими.
4. Ознакомьтесь со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияние на кодовый номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодовый номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в формулировке диагноза.
5. Внимательно следуйте за любыми перекрестными ссылками ("см." и "см. также"), найденными в Указателе.
6. Обратитесь к Полному перечню рубрик для того, чтобы удостовериться в правильности выбора кодового номера. Учтите, что трехзначный код в Указателе с тире на месте четвертого знака означает, что в томе 1 можно найти соответствующую подрубрику с четвертым знаком. Дальнейшее дробление таких рубрик с помощью дополнительных знаков кода в Указателе не приводится, и если оно используется, то должно быть указано в томе 1.

7. Руководствуйтесь всеми включенными или исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.
8. Присвойте код.

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

4. Правила и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости

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

4.1 Смертность: основополагающие принципы медицинского удостоверения причины смерти и правила кодирования

Статистика смертности является одним из основных источников медицинской информации и во многих странах она позволяет получить наиболее надежные данные о здоровье населения.

4.1.1 Причины смерти

В 1967 г. Двадцатая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения дала следующее определение причин смерти, которые должны регистрироваться в медицинском свидетельстве о причине смерти: “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 было сформулировано с целью обеспечить регистрацию всей связанной со смертью информации, чтобы лицо, заполняющее свидетельство о смерти, не выбирало при записи одни состояния и исключало другие лишь по собственному усмотрению. Это определение не предусматривает включения в свидетельство симптомов и явлений, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), таких, как сердечная или дыхательная недостаточность.

Когда в свидетельстве указана только одна причина смерти, то ее и берут для статистической разработки. Когда же указано более одной

причины смерти, то выбор должен осуществляться в соответствии с правилами, приведенными в пункте 4.1.5. Эти правила основаны на концепции первоначальной причины смерти.

4.1.2 Первоначальная причина смерти

На Международной конференции по Шестому пересмотру была достигнута договоренность об использовании в первичных статистических разработках причин смерти термина “первоначальная причина смерти”. С точки зрения предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь. Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине проявить свое действие. С этой целью первоначальная причина смерти была определена как а) “болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти”, или б) “обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму”.

4.1.3 Международная форма медицинского свидетельства о причине смерти

Повсеместное применение изложенного выше принципа обеспечивается использованием формы медицинского свидетельства, рекомендованной Всемирной ассамблеей здравоохранения. Врач, подписывающий медицинское свидетельство о смерти, должен определить, какое болезненное состояние непосредственно привело к смерти, и установить предшествовавшие состояния, способствовавшие возникновению данной причины.

Медицинское свидетельство о смерти, приведенное ниже, должно облегчить отбор первоначальной причины смерти в случаях, когда одновременно указаны две или несколько причин. В части I медицинского свидетельства следует указывать цепь событий, непосредственно приведших к смерти, а в части II — состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с ее основной причинной.

Сорок третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. приняла рекомендацию о том, что там, где это необходимо, страны могут использовать дополнительную строку (d) в части I медицинского свидетельства о причине смерти. Страны могут продолжать использовать свидетельство только с тремя строками в части I, в случае, если четвертая строка не нужна, или в тех случаях, когда имеются юридические или другие препятствия к использованию свидетельства о смерти, указанного на с. 35.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА
О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ

Причина смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью
I Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти* а) вызванная (или явившаяся следствием) Предшествовавшие причины б) вызванная (или явившаяся следствием) Патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной причины; основная причина смерти указывается в последнюю очередь в) вызванная (или явившаяся следствием) д)	
II Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим 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.	

Состояние, записанное на самой нижней заполненной строке части I свидетельства, обычно является первоначальной причиной смерти, используемой для статистической разработки. Однако в ряде случаев процедуры, описанные в пунктах 4.1.4—4.1.5, приводят к выбору другого состояния в качестве первоначальной причины смерти. Чтобы разграничить эти две ситуации, выражение “*исходная предшествовавшая причина*” (исходная причина) следует использовать по отношению к состоянию, записанному на нижней заполненной строке части I свидетельства, а выражение “*первоначальная причина смерти*” нужно использовать для обозначения причины, отобранной для статистической разработки.

Если имело место только одно явление в цепи болезненных процессов, достаточно записи на строке а) в части I свидетельства. Если имело

место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти вписывается на строке а), а исходную предшествовавшую причину следует вписывать последней с указанием любой промежуточной причины на строке б) или на строках б) и с). Например, свидетельство о смерти, содержащее четыре явления в цепи событий, непосредственно приведших к смерти, необходимо заполнять следующим образом:

- а) Эмболия легочной артерии
- б) Патологический перелом
- с) Вторичный рак бедренной кости
- д) Рак молочной железы.

В части II свидетельства записывается любое другое важное состояние, которое способствовало летальному исходу, но которое не было связано с болезнью или состоянием, непосредственно вызвавшим смерть.

После выражения “вызванная (или явившаяся следствием)”, записанного в свидетельстве, должны быть указаны не только прямая причина патологического процесса, но также и косвенные причины, например когда предшествовавшее состояние подготовило почву для возникновения непосредственной причины, вызвав повреждение тканей или нарушение функции даже задолго до наступления смерти.

Указание приблизительного интервала (минуты, часы, дни, недели, месяцы, годы) между началом каждого патологического процесса и датой смерти помогает врачу, заполняющему свидетельство, установить цепь событий, приведших к смерти. Эта информация также помогает кодировщику выбрать правильный код.

В 1990 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла рекомендацию о том, чтобы страны рассмотрели вопрос о включении в свидетельства о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и беременности, в течение года предшествовавшего смерти.

4.1.4 Процедуры выбора первоначальной причины смерти для статистической разработки данных о смертности

В том случае, когда указана только одна причина смерти, ее и используют для статистической разработки.

Если указано более одной причины смерти, первым шагом в выборе основной причины является определение исходной предшествовавшей причины, указанной на нижней заполненной строке части I медицинского свидетельства о причине смерти, путем использования общего принципа, либо правил выбора 1, 2 и 3.

При некоторых обстоятельствах МКБ допускает замену исходной причины другой, более подходящей для обозначения первоначальной причины смерти при статистической разработке. Например, имеется ряд рубрик для обозначения комбинаций состояний, или предпочтение может быть отдано другим состояниям, указанным в свидетельстве, в силу имеющихся первостепенных эпидемиологических причин.

Следующий шаг в связи с этим заключается в том, чтобы решить, применять ли одно или несколько правил модификации (правила А-Ж см. пункт 4.1.9), которые имеют отношение к вышеупомянутым ситуациям. Кодовый номер, присвоенный первоначальной причине смерти, используется для статистической разработки.

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

4.1.5 Правила выбора исходной предшествовавшей причины смерти

Последовательность

Выражение “последовательность” относится к двум или более состояниям, записанным на следующих друг за другом строках части I свидетельства, причем каждое состояние является вероятной причиной возникновения другого состояния, указанного одной строкой выше.

Пример 1: I а) Кровотечение из варикозных вен пищевода
b) Портальная гипертензия
c) Цирроз печени
d) Гепатит В

Если на одной строке свидетельства указано более одной причины смерти, то можно записать несколько логических последовательностей. В примере, указанном ниже, даны четыре последовательности.

Пример 2: I а) Кома
b) Инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения
c) Атеросклероз Гипертензия

Последовательности выглядят следующим образом:

- Атеросклероз (приведший к) инфаркту миокарда (который привел к) коме
- Атеросклероз (приведший к) острому нарушению мозгового кровообращения (которое привело к) коме
- Гипертензия (приведшая к) инфаркту миокарда (который привел к) коме
- Гипертензия (приведшая к) острому нарушению мозгового кровообращения (которое привело 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 него.

Правила выбора

Правило 1. Если Общий принцип неприменим и записана последовательность, заканчивающаяся состоянием, указанным в свидетельстве первым, выбирают исходную причину этого последовательного ряда. При наличии более одной последовательности, заканчивающихся состоянием, упомянутым в свидетельстве первым, выбирают начальную причину первого из упомянутых последовательных рядов.

Правило 2. Если не указана последовательность, заканчивающаяся состоянием, указанным в свидетельстве первым, выбирают это первое упомянутое состояние.

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, выбирают это первичное состояние.

4.1.6 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 3: I a) Уремия
b) Гидронефроз
c) Задержка мочи
d) Гипертрофия предстательной железы

Пример 4: I a) Бронхопневмония
b) Хронический бронхит
II Хронический миокардит

Таким образом, к правильно заполненному свидетельству применим общий принцип. Однако, даже если свидетельство не было заполнено правильно, общий принцип все же 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 выше него, не записаны в правильной причинной последовательности.

Пример 5: I a) Генерализованные метастазы
b) Бронхопневмония
c) Рак легкого

Общий принцип нельзя применять в том случае, если на нижней заполненной строке части I указано более одного патологического состояния или если указанное одно состояние не могло привести к возникновению всех патологических состояний, указанных выше. Принцип приемлемости различных последовательностей приведен в конце данного пункта, однако необходимо учитывать, что заключение медицинского работника, заполнявшего свидетельство, отражает информированное мнение о состояниях, приведших к смерти, и об их взаимосвязи и что этим мнением не следует легко пренебрегать.

В тех случаях, когда общий принцип не может быть применен, от лица заполнившего свидетельство следует получить, когда это возможно, 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. Если получить дополнительные разъяснения невозможно, следует применять правила выбора. Правило 1 применимо лишь в тех случаях, когда представлена последовательность, закончившаяся состоянием, указанным в свидетельстве первым. Если такая последовательность 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 применяют правило 3 и выбирают первичное предшествовавшее состояние. Это, однако, делается только тогда, когда нет сомнений в причинной связи между этими двумя состояниями; недостаточно того, что причинную связь между ними можно было бы установить, если бы лицо, заполнявшее свидетельство, сделало соответствующие записи.

4.1.7 Примеры использования общего принципа и правил выбора

Общий принцип

В тех случаях, когда в свидетельстве указано более одного патологического состояния, выбирают то состояние, которое единственно записано на нижней заполненной строке части I только в том случае, если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных в свидетельстве выше.

Пример 6: I a) Абсцесс лёгкого
b) Долевая пневмония
Выбирают долевую пневмонию (J18.1).

Пример 7: I a) Печеночная недостаточность
b) Закупорка желчного протока
c) Рак головки поджелудочной железы
Выбирают рак головки поджелудочной железы (C25.0).

Пример 8: I a) Кровоизлияние в мозг
b) Гипертензия
c) Хронический пиелонефрит
d) Аденома предстательной железы
Выбирают аденому предстательной железы (N40).

Пример 9: I a) Травматический шок
b) Множественные переломы
c) Наезд грузовика на пешехода
(дорожно-транспортное происшествие)
Выбирают наезд грузовика на пешехода (V04.1).

Пример 10: I a) Бронхопневмония
II Вторичная анемия и хронический лимфатический лейкоз
Выбирают бронхопневмонию. Однако применимо и правило 3 (см. пример 26).

Правило 1

Если общий принцип неприменим и записана последовательность, закончившаяся состоянием, которое указано в свидетельстве первым, выбирают исходную причину этой последовательности. При наличии более одной последовательности, закончившейся состоянием, которое указано в свидетельстве первым, выбирают исходную причину первой из приведенных последовательностей.

- Пример 11:* I а) бронхопневмония
 б) Инфаркт мозга и гипертоническая болезнь
 с преимущественным поражением сердца

Выбирают инфаркт мозга неуточненный (I63.9). В данном случае имеются две последовательности, которые привели к возникновению состояния, указанного в свидетельстве первым: бронхопневмония вследствие инфаркта мозга и бронхопневмония вследствие гипертонической болезни с преимущественным поражением сердца. Выбирают исходную причину последовательности, указанной первой.

- Пример 12:* I а) Варикозное расширение вен пищевода и застойная сердечная недостаточность
 б) Хроническая ревматическая болезнь сердца
 и цирроз печени

Выбирают цирроз печени (K74.6). Последовательность, закончившаяся возникновением состояния, указанного в свидетельстве первым, — это варикозное расширение вен пищевода, вызванное циррозом печени.

- Пример 13:* I а) Острый инфаркт миокарда
 б) Атеросклеротическая болезнь сердца
 в) Грипп

Выбирают атеросклеротическую болезнь сердца. Зарегистрированную последовательность событий, закончившихся состоянием, которое указано в свидетельстве первым, составляют острый инфаркт миокарда вследствие атеросклеротической болезни сердца. Однако применимо и правило модификации В; см. пример 45.

- Пример 14:* I а) Перикардит
 б) Уремия и пневмония

Выбирают уремию. Есть две последовательности, которые привели к возникновению состояния, указанного в свидетельстве первым: перикардит, вызванный уремией, и

перикардит, вызванный пневмонией. Выбирают исходную причину первой последовательности. Однако применимо и правило модификации Г; см. пример 60.

- Пример 15:* I a) Инфаркт мозга и застойная пневмония
b) Гипертензия и диабет
c) Атеросклероз

Выбирают атеросклероз. Есть две последовательности, которые привели к возникновению состояния, указанного в свидетельстве первым: инфаркт мозга вследствие гипертензии, вызванной атеросклерозом, и инфаркт мозга, вызванный диабетом. Выбирают исходную причину первой из упомянутых последовательностей. Однако применимо и правило модификации В; см. пример 46.

Правило 2

Если не приведена последовательность, закончившаяся состоянием, указанным в свидетельстве первым, выбирают это первое состояние.

- Пример 16:* I a) Пернициозная анемия и гангрена стопы
b) Атеросклероз

Выбирают пернициозную анемию (D51.0). Не приведена последовательность, вызвавшая возникновение состояния, указанного в свидетельстве первым.

- Пример 17:* I a) Ревматическая и атеросклеротическая болезнь сердца

Выбирают ревматическую болезнь сердца (I09.9). В данном случае отсутствует последовательность состояний; оба состояния находятся на одной и той же строке.

- Пример 18:* I a) Кистозный фиброз поджелудочной железы
b) Бронхит и бронхоэктазия

Выбирают кистозный фиброз поджелудочной железы (E84.9). В данном случае отсутствует последовательность событий.

- Пример 19:* I a) Старость и застойная пневмония
b) Ревматоидный артрит

Выбирают старость. Здесь приведена последовательность событий: застойная пневмония, вызванная ревматоидным артритом, но эта последовательность не заканчивается состоянием, указанным в свидетельстве первым. Применимо и правило модификации А; см. пример 33.

Пример 20: I а) Бурсит и язвенный колит

Выбирают бурсит. В данном случае не указана последовательность событий. Применимо и правило модификации Б; см. пример 41.

Пример 21: I а) Острый нефрит, скарлатина

Выбирают острый нефрит. В данном случае не указана последовательность событий. Применимо и правило 3, см. пример 28.

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, выбирают это первичное состояние.

Предполагаемые прямые последствия другого состояния

Саркома Капоши, опухоль Беркитта и любое другое злокачественное новообразование лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, классифицированные в рубриках С46.— или С81—С96, необходимо рассматривать как прямое следствие ВИЧ-инфекции в тех случаях, когда указана эта болезнь. Вместе с тем такое допущение не следует делать относительно других типов злокачественных новообразований.

Любые инфекционные болезни, классифицированные в рубриках А00—В19, В25—В49, В58—В64, В99 или J12—J18, следует рассматривать как прямое следствие указанной ВИЧ-инфекции.

Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония любого типа, кровотечение, тромбоз, эмболия, тромбоз, септицемия, остановка сердца, почечная недостаточность (острая), аспирация, ателектаз и инфаркт) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если только не указано, что она была проведена за 4 нед или более до смерти.

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

Любое состояние, описанное или уточненное как “эмболическое”, может рассматриваться как прямое следствие венозного тромбоза, фле-

бита или тромбоза, клапанных пороков сердца, мерцания предсердий, родов или любой операции.

Любое состояние, описанное как вторичное, необходимо рассматривать как прямое следствие наиболее вероятной первичной причины, указанной в свидетельстве.

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

Любой пиелонефрит можно рассматривать как следствие задержки мочи при таких состояниях, как гиперплазия предстательной железы или стеноз уретры.

Нефрит можно рассматривать как следствие любой стрептококковой инфекции (скарлатина, стрептококковая ангина и т.д.).

Обезвоживание можно рассматривать как следствие любой кишечной инфекции.

Операцию на конкретном органе необходимо рассматривать как прямое последствие хирургического заболевания этого органа (например, злокачественная опухоль или травма), указанного в свидетельстве.

Пример 22: I а) Саркома Капоши
II СПИД

Выбирают ВИЧ-инфекцию, которая вызвала саркому Капоши (B21.0).

Пример 23: I а) Рак яичника
II ВИЧ-инфекция

Выбирают злокачественное новообразование яичника (C56).

Пример 24: I а) Туберкулез
II ВИЧ-инфекция

Выбирают ВИЧ-инфекцию, которая привела к возникновению микобактериальной инфекции (B20.0).

Пример 25: I а) Церебральный токсоплазмоз и опоясывающий лишай
b) Лимфома Беркитта, ВИЧ-инфекция

Выбирают ВИЧ-инфекцию, которая приводит к возникновению большого числа заболеваний, классифицированных

ных в других рубриках (B22.7). Церебральный токсоплазмоз, выбранный согласно правилу 2, можно рассматривать как прямое следствие ВИЧ-инфекции.

Пример 26: I а) Бронхопневмония
II Вторичная анемия и хронический лимфолейкоз
Выбирают хронический лимфолейкоз (C91.1). Бронхопневмонию, выбранную согласно общему принципу (см. пример 10), и вторичную анемию можно рассматривать как прямое следствие хронического лимфолейкоза.

Пример 27: I а) Кровоизлияние в мозг
b) Гипертензия
c) Хронический пиелонефрит и закупорка протока предстательной железы
Выбирают закупорку протока предстательной железы (N40). Хронический пиелонефрит, выбранный согласно правилу 1, можно рассматривать как прямое следствие этого состояния.

Пример 28: I а) Острый нефрит, скарлатина
Выбирают скарлатину (A38). Острый нефрит, выбранный согласно правилу 2 (см. пример 21), можно рассматривать как прямое следствие скарлатины.

Пример 29: I а) Нефрэктомия
II Светлоклеточный рак почки
Выбирают светлоклеточный рак почки (C64). Нет сомнения в том, что нефрэктомия была произведена по поводу злокачественной опухоли почки.

Пример 30: I а) Острая анемия
b) Кровавая рвота
c) Кровотечение из варикозных вен пищевода
d) Портальная гипертензия
II Цирроз печени
Выбирают цирроз печени (K74.6). Портальную гипертензию, выбранную согласно общему принципу, можно рассматривать как прямое следствие цирроза печени.

Пример 31: I а) Застойная пневмония
b) Кровоизлияние в головной мозг и рак молочной железы
Выбирают кровоизлияние в головной мозг (I61.9). Застой-

ную пневмонию, выбранную согласно правилу 2, можно рассматривать как прямое следствие любого из указанных состояний; выбирают первое из указанных состояний.

Пример 32: I а) Инфаркт легкого
II Левосторонняя пневмонэктомия по поводу рака легкого, проведенная 3 нед назад

Выбирают рак легкого (C34.9).

4.1.8 Модификация выбранной причины

Отобранная причина смерти не всегда может оказаться патологическим состоянием, наиболее полезным и информативным для статистической разработки данных. Например, если в качестве первоначальной причины была выбрана старость или какая-то генерализованная болезнь, скажем гипертензия или атеросклероз, это будет менее полезная информация, чем та, которую можно было бы получить, отобрав какое-либо проявление или результат старения или болезни. Иногда бывает необходимо модифицировать выбор, чтобы он соответствовал положениям классификации болезней, отдав предпочтение единому коду для двух или более указанных причин или выбору определенной причины, когда она указана совместно с некоторыми другими состояниями.

Правила модификации, приведенные ниже, направлены на улучшение информативности и повышение точности данных о смертности, и их следует применять после отбора исходной предшествовавшей причины. Взаимосвязанные процессы выбора и модификации описаны по отдельности, чтобы обеспечить ясность изложения.

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

4.1.9 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 (Внезапная смерть грудного ребенка), и

в свидетельстве указано состояние, классифицированное в других рубриках, кроме рубрик R00-R94 или R96-R99, то проводят повторный выбор причины смерти, как если бы состояние, классифицированное в классе XVIII, не было записано в свидетельстве, принимая при этом во внимание изменение кода под влиянием этого состояния.

Правило Б. Банальные состояния

Если в качестве причины выбрано банальное состояние, которое вряд ли могло вызвать смерть, и в свидетельстве указано более серьезное состояние, проводят повторный выбор первоначальной причины, как если бы это банальное состояние не было упомянуто. Если смерть явилась результатом неблагоприятной реакции на лечение этого банального состояния, то в качестве причины смерти выбирают неблагоприятную реакцию.

Правило В. Связанные состояния

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

Комбинацию состояний, из которых одно уточнено как следствие другого, кодируют как комбинацию этих состояний только в том случае, если запись правильно отражает их причинно-следственную связь или эту связь можно установить путем применения правил выбора.

Если связь состояний представляется спорной, то устанавливают связь с тем состоянием, которое было бы выбрано в качестве причины смерти, если бы первоначально выбранная причина не была указана в свидетельстве. Там, где это возможно, устанавливают дополнительные связи состояний.

Правило Г. Специфичность

Если выбранная причина характеризует состояние лишь в общих чертах, а в свидетельстве приведен термин, более точно определяющий локализацию или природу этого состояния, предпочтение отдают более информативному термину. Это правило часто применяют в тех случаях, когда общий термин становится определением, уточняющим более информативный термин.

Правило Д. Ранние и поздние 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 в отношении хронических форм, указанных в свидетельстве как следствие “острого” состояния, за исключением случаев, которые оговорены в классификации специальными инструкциями.

Правило Е. Последствия

Если выбранной причиной является ранняя форма патологического состояния, для которого в классификации предусмотрена самостоятельная рубрика “Последствия ...”, и очевидно, что смерть была вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией, кодируют соответствующей рубрикой “Последствия...” данного состояния.

Предусмотрены следующие рубрики для классификации “Последствий...” B90—B94, E64.—, E68, G09, I69, O97 и Y85—Y89.

4.1.10 Примеры применения правил 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 (Внезапная смерть грудного ребенка), и в свидетельстве указано состояние, классифицированное в других рубриках, кроме рубрик R00—R94 или R96—R99, то проводят повторный выбор причины смерти, как если бы состояние, классифицированное в классе XVIII, не было записано в свидетельстве, за исключением тех случаев, принимая при этом во внимание изменение кода под влиянием этого состояния.

Пример 33: I а) Старость и застойная пневмония
b) Ревматоидный артрит

Кодируют ревматоидный артрит (M06.9). Старость, выбранную согласно правилу 2 (см. пример 19), не принимают во внимание и применяют общий принцип.

Пример 34: I а) Анемия
b) Спленомегалия

Кодируют спленомегалическую анемию (D64.8). Спленомегалию, выбранную согласно общему принципу, не принимают во внимание, но она модифицирует код.

Пример 35: I а) Дегенерация миокарда и

- b) Эмфизема
- c) Старость

Кодируют дегенерацию миокарда (I51.5). Старость, выбранную согласно общему принципу, не принимают во внимание и применяют правило 2.

Пример 36: I a) Кашель и кровавая рвота

Кодируют кровавую рвоту (K92.0). Кашель, выбранный согласно правилу 2, не принимают во внимание.

Пример 37: I a) Терминальная пневмония
b) Распространяющаяся гангрена и
c) инфаркт мозга

Кодируют инфаркт мозга (I63.9). Гангрену, выбранную согласно правилу 1, не принимают во внимание и применяют общий принцип.

Правило Б. Банальные состояния

Если в качестве причины выбрано банальное состояние, которое вряд ли могло вызвать смерть, и в свидетельстве указано более серьезное состояние, проводят повторный выбор основной причины, как если бы это банальное состояние не было упомянуто. Если смерть явилась результатом неблагоприятной реакции на лечение этого банального состояния, то в качестве причины смерти выбирают неблагоприятную реакцию.

Пример 38: I a) Кариес зубов
II Остановка сердца

Кодируют остановку сердца (I46.9). Кариес зубов, выбранный согласно общему принципу, не принимают во внимание.

Пример 39: I a) Вросший ноготь пальца стопы и острая почечная недостаточность

Кодируют острую почечную недостаточность (N17.9). Вросший ноготь пальца стопы, выбранный согласно правилу 2, не принимают во внимание.

Пример 40: I a) Кровотечение во время хирургической операции
b) Тонзиллэктомия
c) Гипертрофия миндалин

Кодируют кровотечение во время хирургической операции (Y60.6).

Пример 41: I а) Бурсит и язвенный колит

Кодируют язвенный колит (K51.9). Бурсит, выбранный согласно правилу 2 (см. пример 20), не принимают во внимание.

Пример 42: I а) Паронихия
II Столбняк

Кодируют столбняк (A35). Паронихию, выбранную согласно общему принципу, не принимают во внимание.

Правило В. Связанные состояния

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

Комбинацию состояний, из которых одно уточнено как следствие другого, кодируют как комбинацию этих состояний только в том случае, если запись правильно отражает их причинно-следственную связь или эту связь можно установить путем применения правил выбора.

Если связь состояний представляется спорной, то устанавливается связь с тем состоянием, которое было бы выбрано в качестве причины смерти, если бы первоначально выбранная причина не была указана в свидетельстве. Там, где это возможно, устанавливают дополнительные связи состояний.

Пример 43: I а) Непроходимость кишечника
b) Бедренная грыжа

Кодируют бедренную грыжу с непроходимостью кишечника (K41.3).

Пример 44: I а) Блокада правой ножки пучка Гиса и болезнь Шагаса

Кодируют болезнь Шагаса с поражением сердца (B57.2). Блокаду правой ножки пучка Гиса, выбранную согласно правилу 2, связывают с болезнью Шагаса.

Пример 45: I а) Острый инфаркт миокарда
b) Атеросклеротическая болезнь сердца
c) Грипп

Кодируют острый инфаркт миокарда (I21.9). Атеросклеротическую болезнь сердца, выбранную согласно правилу 1 (см. пример 13), связывают с острым инфарктом миокарда.

- Пример 46:* I a) Инфаркт мозга и застойная пневмония
b) Гипертензия и диабет
c) Атеросклероз

Кодируют инфаркт мозга (I63.9). Атеросклероз, выбранный согласно правилу 1 (см. пример 15), связывают с гипертензией, которую в свою очередь связывают с инфарктом мозга.

- Пример 47:* I a) Дилатация сердца и склероз почек
b) Гипертензия

Кодируют гипертоническую болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (I13.9). Все три состояния комбинируют.

- Пример 48:* I a) Инсульт
b) Атеросклероз и гипертоническая болезнь
c) Поражение сердца

Кодируют гипертоническую болезнь с преимущественным поражением сердца (I11.9). Атеросклероз, выбранный согласно правилу 1, связывают с гипертонической болезнью сердца, так как гипертоническая болезнь сердца была бы выбрана согласно общему принципу, если бы не был указан атеросклероз.

- Пример 49:* I a) Инсульт и гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца
b) сердца
c) Атеросклероз

Кодируют инсульт (I64). Атеросклероз, выбранный согласно общему принципу, связывают с инсультом, так как это состояние было бы выбрано согласно правилу 2, если бы не был указан атеросклероз.

- Пример 50:* I a) Вторичная полицитемия
b) Эмфизема легких
c) Хронический бронхит

Кодируют обструктивный хронический бронхит (J44.8). Хронический бронхит, выбранный согласно общему принципу, связывают с эмфиземой.

- Пример 51:* I a) Дилатация сердца
b) Гипертензия
II Атрофия почек

Кодируют гипертоническую болезнь с преимуществен-

ным поражением сердца и почек (I13.9). Все три состояния комбинируют.

- Пример 52:* I a) Бронхопневмония (аспирационная)
 b) Судороги
 c) Туберкулезный менингит
 II Туберкулез легких

Кодируют туберкулез легких (A16.2). Туберкулезный менингит, выбранный согласно общему принципу, не следует использовать при упоминании о туберкулезе легких.

- Пример 53:* I a) Перелом затылочной кости
 b) Падение в результате эпилептического припадка

Кодируют эпилептический припадок (G40.9). Падение, выбранное согласно правилу 1, связывают с эпилептическим припадком.

- Пример 54:* I a) Остановка сердца
 II Болезнь Шагаса

Кодируют болезнь Шагаса с поражением сердца (B57.2). Остановку сердца, выбранную согласно общему принципу, связывают с болезнью Шагаса.

Правило Г. Специфичность

Если выбранная причина характеризует состояние лишь в общих чертах, а в свидетельстве приведен термин, более точно определяющий локализацию или природу этого состояния, предпочтение отдают более информативному термину. Это правило часто применяется в тех случаях, когда общий термин становится определением, уточняющим более информативный термин.

- Пример 55:* I a) Инфаркт мозга
 b) Инсульт

Кодируют инфаркт мозга (I63.9).

- Пример 56:* I a) Ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана

Кодируют ревматический митральный стеноз (I05.0).

- Пример 57:* I a) Менингит
 b) Туберкулез

Кодируют туберкулезный менингит (A17.0). Оба состояния указаны в правильной причинной связи.

Пример 58: I а) Тяжелая гипертензия при беременности
II Эклампсические судороги
Кодируют эклампсию (O15.0).

Пример 59: I а) Аневризма аорты
b) Сифилис
Кодируют сифилитическую аневризму аорты (A52.0). Оба состояния указаны в правильной причинной связи.

Пример 60: I а) Перикардит
b) Уремия и пневмония
Кодируют уремический перикардит (N18.8). Уремия, выбранная согласно правилу 1 (см. пример 14), модифицирует перикардит.

Правило Д. Ранние и поздние 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 в отношении хронических форм, указанных в свидетельстве как следствие "острого состояния", за исключением случаев, которые оговорены в классификации специальными инструкциями.

Пример 61: I а) Третичный сифилис
b) Первичный сифилис
Кодируют третичный сифилис (A52.9).

Пример 62: I а) Эклампсия во время беременности
b) Презеклампсия
Кодируют эклампсию во время беременности (O15.0).

Пример 63: I а) Хронический миокардит
b) Острый миокардит
Кодируют острый миокардит (I40.9).

Пример 64: I а) Хронический нефрит
b) Острый нефрит
Кодируют хронический нефрит неуточненный (N03.9), поскольку существует специальная инструкция о таком сочетании (см. с. 66).

Правило Е. Последствия

Если выбранной причиной является ранняя форма патологического состояния, для которого в классификации предусмотрены самостоятельные рубрики “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 “Последствий ...” B90—B94, E64.—, E68, G09, I69, O97 и Y85—Y89.

- Пример 65:* I а) Фиброз легких
 б) Перенесенный туберкулез легких

Кодируют последствия туберкулеза органов дыхания (B90.9).

- Пример 66:* I а) Бронхопневмония
 б) Искривление позвоночника
 с) Рахит, перенесенный в детстве

Кодируют последствия рахита (E64.3).

- Пример 67:* I а) Гидроцефалия
 б) Туберкулезный менингит

Кодируют последствия туберкулезного менингита (B90.0).

- Пример 68:* I а) Застойная пневмония
 б) Гемиплегия
 с) Инсульт (10 лет назад)

Кодируют последствия инсульта (I69.4).

- Пример 69:* I а) Хронический нефрит
 б) Скарлатина

Кодируют последствия других уточненных инфекционных и паразитарных болезней (B94.8). Описание нефрита как “хронического” означает, что скарлатина более не находится в активной фазе.

4.1.11 Замечания, касающиеся кодирования первоначальной причины смерти

В этих замечаниях часто указывается, что если предварительно выбранный код, который содержится в левой колонке, наличествует с другим

состоянием, приведенным ниже, то используют тот код, который напечатан жирным шрифтом. Имеются два типа комбинации состояний:

“с упоминанием о” означает, что другое состояние может быть вписано в любом месте свидетельства;

“когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний” означает, что другое состояние должно находиться в точной причинной связи или должно быть указано как-то иначе, что оно возникло вследствие исходной предшествовавшей причины.

A00—B99 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

За исключением болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20—B24), *в тех случаях, когда они указаны в качестве исходной предшествовавшей причины злокачественного новообразования, кодируют рубриками C00—C97.*

A15.— Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически

A16.— Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически

с упоминанием о:

J60—J64 (Пневмококкиоз), кодируют **J65**

A17.— Туберкулез нервной системы

A18.— Туберкулез других органов

с упоминанием о:

A15 или **A16** (Туберкулез органов дыхания), кодируют рубриками **A15**, **A16**, если он не указан как исходная предшествовавшая причина состояний, отнесенных к рубрике **A15.—** или **A16.—**, и не сказано, что его продолжительность превышает таковую состояний, отнесенных к рубрике **A15.—** или **A16.—**

A39.2 Острая менингококкемия

A39.3 Хроническая менингококкемия

A39.4 Менингококкемия, неуточненная

с упоминанием о:

A39.0 (Менингококковый менингит) кодируют рубрикой **A39.0**

A39.1 (синдром Уотерхауса—Фридериксена) кодируют рубрикой **A39.1**

- A40.— Стрептококковая септицемия
 A41.— Другая септицемия
 A46 Роза

Присваивают код этих болезней в тех случаях, когда они сопровождаются поверхностными травмами (любое состояние, относящееся к рубрикам S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0) или ожоги первой степени; если они сопровождаются более серьезными травмами, применяют код конкретной внешней причины травмы.

- B20—B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Подрубрики рубрик B20—B23 являются единственными факультативными четырехзначными кодами для стран, пользующихся четырехзначным вариантом МКБ-10. Эти четырехзначные подрубрики предназначены для использования в тех случаях, когда нет возможности или желания проводить кодирование по множественным причинам.

Состояния, классифицируемые двумя или более подрубриками одной и той же рубрики, следует кодировать подрубрикой с четвертым знаком .7 соответствующей рубрики (B20 или B21). При желании для конкретизации отдельных перечисленных состояний можно использовать дополнительные коды в рамках блока B20—B24.

- B22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках.

Эту подрубрику следует использовать в тех случаях, когда в свидетельстве указаны состояния, классифицируемые двумя или более рубриками из блока B20—B22. При желании уточнить отдельные перечисленные состояния можно использовать дополнительные коды в рамках блока B20—B24.

- B95—B97 Бактериальные, вирусные и другие инфекционные агенты

Эти рубрики не используются для кодирования основной причины смерти.

- E86 Уменьшение объема жидкости

с упоминанием:

A00—A09 (Кишечная инфекция) кодируют рубриками
 A00—A09

- E89.— Эндокринные и метаболические нарушения, возникшие

Эти рубрики не используются, если известно основное соматическое состояние

G25.5 Другие виды хореи

с упоминанием о:

I00—I02 (Острая ревматическая лихорадка) кодируют рубрикой I02.—

I05—I09 (Хронические ревматические болезни сердца) кодируют рубрикой I02.—

G81.— Гемиплегия

G82.— Параплегия и тетраплегия

G83.— Другие паралитические синдромы

Эти рубрики не используют, если известна причина паралича

G97.— Нарушения нервной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках

Эту рубрику не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78

H54.— Слепота и пониженное зрение

Эту рубрику не используют, если известно предшествовавшее состояние

H59.— Поражения глаза и его придатков после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках

Эту рубрику не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78

H90.— Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха

H91.— Другая потеря слуха

Эту рубрику не используют, если известно предшествовавшее состояние

H95.— Поражения уха и сосцевидного отростка после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках

Эту рубрику не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78

I05.8 Другие болезни митрального клапана

I05.9 Болезнь митрального клапана, неуточненная при неустановленной причине

с упоминанием о:

I34.— (Неревматические поражения митрального клапана) кодируют рубрикой I34.—

I09.1 Ревматические болезни эндокарда, клапан не уточнен
I09.9 Ревматическая болезнь сердца, неуточненная

с упоминанием о:

I05—I08 (Хроническая ревматическая болезнь сердца) кодируют рубриками I05—I08

I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия

с упоминанием о:

I11.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца) кодируют рубрикой I11.—

I12.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек) кодируют рубрикой I12.—

I13.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек) кодируют рубрикой I13.—

I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками I20—I25

I60—I69 (Цереброваскулярные болезни) кодируют рубриками I60—I69

N00.— (Острый нефритический синдром) кодируют рубрикой N00.—

N01.— (Быстро прогрессирующий нефритический синдром) кодируют рубрикой N01.—

N03.— (Хронический нефритический синдром) кодируют рубрикой N03.—

N04.— (Нефротический синдром) кодируют рубрикой N04.—

N05.— (Нефритический синдром неуточненный) кодируют рубрикой N05.—

N18.— (Хроническая почечная недостаточность) кодируют рубрикой I12.—

N19 (Почечная недостаточность неуточненная) кодируют рубрикой I12.—

N26 (Сморщенная почка неуточненная) кодируют рубрикой I12.—

когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:

N35. (Фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения) кодируют рубрикой N35.0

I05—I09 (Состояния, классифицируемые в рубриках I05—

- I09, но не уточненные как ревматические) кодируют рубриками I34—I38
- I34—I38 (Неревматические поражения митрального клапана) кодируют рубриками I34—I38
- I50.— (Сердечная недостаточность) кодируют рубрикой I11.0
- I51.4— (Осложнений и неточно обозначенных болезн
- I51.9 сердца) кодируют рубрикой I11.—
- I11.— Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца
с упоминанием о:
- I12.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек) кодируют рубрикой I13.—
- I13.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек) кодируют рубрикой I13.—
- I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками I20—I25
- N18.— (Хроническая почечная недостаточность) кодируют рубрикой I13.—
- N19 (Почечная недостаточность неуточненная) кодируют рубрикой I13.—
- N26 (Сморщенная почка неуточненная) кодируют рубрикой I13.—
- I12.— Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек
с упоминанием о:
- I11.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца) кодируют рубрикой I13.—
- I13.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек) кодируют рубрикой I13.—
- I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками I20—I25
- когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:
- I50.— (Сердечная недостаточность) кодируют рубрикой I13.0
- I51.4— (Осложнения и неточно обозначенные болезни
- I51.9 сердца) кодируют рубрикой I13.—
- I13.— Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек

с упоминанием о:

I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками **I20—I25**

I15.— Вторичная гипертензия

Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Если причина не указана, относят в рубрику “Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти” (R99).

I20.— Стенокардия

I24.— Другие формы острой ишемической болезни сердца

I25.— Хроническая ишемическая болезнь сердца

с упоминанием о:

I21.— (Острый инфаркт миокарда) кодируют рубрикой **I21.—**

I22.— (Повторный инфаркт миокарда) кодируют рубрикой **I22.—**

I21.— Острый инфаркт миокарда

с упоминанием о:

I22.— (Повторный инфаркт миокарда) кодируют рубрикой **I22.—**

I23.— Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда

Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. Используют код **I21.—** или **I22.—**

I24.0 Коронарный тромбоз, не приведший к инфаркту миокарда

Не используется для кодирования основной причины смерти. Для статистики смертности допускается наличие инфаркта миокарда и соответственно используются рубрики **I21.—** или **I22.—**

I27.9 Легочно-сердечная недостаточность

с упоминанием о:

N41.— (Сколиоз) кодируют рубрикой **I27.1**

I44.— Предсердно-желудочковая 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
 I51.4— Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца
 I51.9
- с упоминанием о:*
 B57.— (Болезнь Шагаса) кодируют рубрикой B57.—
 I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками I20—I25
- I50.— Сердечная недостаточность
 I51.9 Болезнь сердца, неуточненная
- с упоминанием о:*
 M41.— (Сколиоз) кодируют рубрикой I27.1
- I50.9 Сердечная недостаточность, неуточненная
 I51.9 Болезнь сердца, неуточненная
- с упоминанием о:*
 J81 (Отек легкого) кодируют рубрикой I50.1
- I65.— Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
- I66.— Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга
- Не используется для кодирования первоначальной причины смерти. Для статистики смертности допускается наличие инфаркта мозга и используется рубрика I63.—
- I67.2 Церебральный атеросклероз
- с упоминанием о:*
 I60—I64 (Кровоизлияние в мозг, инфаркт мозга или инсульт) кодируют рубриками I60—I64,
 когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:
 F03 (Деменция неуточненная) кодируют рубрикой F01.—
 G20 (Болезнь Паркинсона) кодируют G20
- I70.— Атеросклероз
- с упоминанием о:*
 I10—I13 (Гипертоническая болезнь) кодируют рубриками I10—I13

I20—I25 (Ишемическая болезнь сердца) кодируют рубриками I20—I25

I51.4 (Миокардит неуточненный) кодируют рубрикой I51.4

I51.5 (Дегенерации миокарда) кодируют рубрикой I51.5

I51.6 (Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная) кодируют рубрикой I51.6

I51.8 (Другие неточно обозначенные болезни сердца) кодируют рубрикой I51.8

I51.9 (Болезнь сердца неуточненная) кодируют рубрикой I51.9

I60—I69 (Цереброваскулярные болезни) кодируют рубриками I60—I69,

когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:

I05—I09 (Состояния, классифицируемые в рубриках I05—I09, но не уточненных как ревматические) кодируют рубриками I34—I38

I34—I38 (Неревматические поражения митрального клапана) кодируют рубриками I34—I38

I71—I78 (Другие болезни артерий, артериол и капилляров) кодируют рубриками I71—I78

K55.— (Сосудистые болезни кишечника) кодируют рубрикой K55.—

N26 (Сморщенная почка неуточненная) кодируют рубрикой I12.—

I70.9 Генерализованный и неуточненный атеросклероз

с упоминанием о:

R02 (Гангрена, не классифицированная в других рубриках) кодируют рубрикой I70.2,

когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:

F03 (Деменция неуточненная) кодируют рубрикой F01.—

G20 (Болезнь Паркинсона) кодируют рубрикой G20

I97.— Нарушения системы кровообращения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках

Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции с. 78

J00 Острый назофарингит (насморк)

J06.— Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации,

когда указываются в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:

- G03.8 (Менингит, вызванный другими уточненными возбудителями) кодируют рубрикой **G03.8**
- G06.0 (Внутричерепной абсцесс и гранулемы) кодируют рубрикой **G06.0**
- H65—H66 (Средний отит) кодируют рубриками **H65—H66**
- H70.— (Мастоидит и родственные состояния) кодируют рубрикой **H70.—**
- J10—J18 (Грипп и пневмония) кодируют рубриками **J10—J18**
- J20—J21 (Бронхит и бронхиолит) кодируют рубриками **J20—J21**
- J40—J42 (Неуточненный и хронический бронхит) кодируют рубриками **J40—J42**
- J44.— (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь) кодируют рубрикой **J44.—**
- N00.— (Острый нефритический синдром) кодируют рубрикой **N00.—**

J20.— Острый бронхит

с упоминанием о:

- J41.— (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит) кодируют рубрикой **J41.—**
- J42 (Хронический бронхит неуточненный) кодируют рубрикой **J42**
- J44.— (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь) кодируют рубрикой **J44.—**

J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

J41.— Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 Хронический бронхит неуточненный

с упоминанием о:

- J43.— (Эмфизема) кодируют рубрикой **J44.—**
- J44.— (Другая хроническая обструктивная легочная болезнь) кодируют рубрикой **J44.—**

когда указываются в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:

- J45.— (Астма) кодируют рубрикой **J44.—** (см. также ниже примечание к J45.—, J46)

J43.— Эмфизема

с упоминанием о:

- J40 (Бронхит, неуточненный как острый или хронический) кодируют рубрикой J44.—
- J41.— (Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит) кодируют рубрикой J44.—
- J42 (Хронический бронхит неуточненный) кодируют рубрикой J44.—
- J45.— Астма
- J46 Астматическое состояние
- Если в свидетельстве о смерти астма и бронхит (острый) (хронический) или другая хроническая обструктивная болезнь легких записаны вместе, первоначальную причину следует выбирать обычным способом с помощью общего принципа или правил 1, 2 или 3. Ни один из диагнозов не следует рассматривать в качестве определения, модифицирующего другой диагноз.
- J60—J64 Пневмокониоз
- с упоминанием о:
- A15—A16 (Туберкулез органов дыхания) кодируют рубрикой J65
- J81 Отек легких
- с упоминанием о:
- I50.9 (Сердечная недостаточность неуточненная) кодируют рубрикой I50.1
- I51.9 (Болезнь сердца неуточненная) кодируют рубрикой I50.1
- J95.— Респираторные нарушения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках
- Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78
- K91.— Нарушения органов пищеварения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.
- Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78
- M41.— Сколиоз
- с упоминанием о:
- I27.9 (Легочно-сердечная недостаточность неуточненная) кодируют рубрикой I27.1

- I50.— (Сердечная недостаточность) кодируют рубрикой I27.1
- I51.9 (Болезнь сердца неуточненная) кодируют рубрикой I27.1
- M96.— Поражение костно-мышечной системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.
Не используются для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78
- N00.— Острый нефритический синдром
когда указывается в качестве исходной предшествовавшей причины следующих состояний:
- N03.— (Хронический нефритический синдром) кодируют рубрикой N03.—
- N18.— Хроническая почечная недостаточность
- N19 Почечная недостаточность неуточненная
- N26 Сморщенная почка неуточненная
с упоминанием о:
- I10 (Эссенциальная (первичная) гипертензия) кодируют рубрикой I12.—
- I11.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца) кодируют рубрикой I13.—
- I12.— (Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек) кодируют рубрикой I12.—
- N46 Мужское бесплодие
- N97.— Женское бесплодие
Эти рубрики не используются, если известно состояние, вызвавшее бесплодие.
- N99.— Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.
Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти. См. Хирургические операции, с. 78
- O08.— Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Используют рубрики O00—O07.
- O30.— Многоплодная беременность

Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти, если указано более конкретное осложнение.

О32.— Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода

с упоминанием о:

О33.— (Медицинская помощь матери в связи с установленным или предполагаемым несоответствием размеров таза и плода) кодируют рубрикой О33.—

О33.9 Несоответствие размеров таза и плода

с упоминанием о:

О33.0—О33.3 (Диспропорция вследствие аномалии таза у матери) кодируют рубриками О33.0—О33.3.

О64.— Затрудненные роды вследствие неправильного положения и неправильного предлежания плода

с упоминанием о:

О65.— (Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери) кодируют рубрикой О65.—

О80—О84 Родоразрешение

Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти. Если не записана иная причина смерти матери, кодируют как Осложнение родов и родоразрешения неуточненное (О75.9).

Р07.— Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и низкой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках

Р08.— Расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела при рождении

Эти рубрики не используются, если указана какая-либо другая причина смерти в перинатальном периоде.

Р69.— Неизвестные и неуточненные причины заболевания

Не используется для кодирования первоначальной причины смертности. Используют соответствующие коды R95—R99.

S00—T98 Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной

ной причины смерти, за исключением случаев их использования в качестве дополнительного кода в соответствующей рубрике блока V01—Y89.

S02.— Перелом черепа и лицевых костей

При упоминании более одной локализации кодируют множественные переломы с поражением костей черепа и лица S02.7

S06.— Внутричерепная травма

Если перелом черепа или лицевых костей связан с внутричерепной травмой, приоритет следует отдавать перелому с упоминанием о:

S02.— (Перелом черепа и лицевых костей) используют код S02.—

T36—T50 Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Случайное отравление и отравление, не определенное как намеренное алкоголем или лекарственными средствами, вызывающими зависимость) с упоминанием о:

F10—F19 с четвертым знаком .2 (алкогольная зависимость или лекарственная зависимость) используют коды F10—F19 с четвертым знаком .2

T79.— Некоторые ранние осложнения травмы, не классифицированные в других рубриках

Эту рубрику не используют, если известен характер предшествовавшей травмы

V01—X59 Несчастные случаи

с упоминанием о:

A35 (Столбняк) используют код A35,

если они являются результатом:

G40—G41 (Эпилепсия) используют код G40—G41

X40—X49 Случайное отравление и воздействие ядовитых веществ

Y10—Y15 Отравление и воздействие вредных веществ с неопределенными намерениями (отравление алкоголем и лекарственными средствами, вызывающими зависимость)

с упоминанием о:

F10— с четвертым знаком .2 (алкогольная зависимость

F19 или лекарственная зависимость) используют код F10—F19 с четвертым знаком .2

Y90—Y98 Дополнительные факторы, имеющие отношение к причинам заболеваемости и смертности, классифицированным в других рубриках

Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти.

Z00—Z99 Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения

Эти рубрики не используют для кодирования первоначальной причины смерти

4.1.12 Сводка о связях по кодовому номеру

Когда выбранная причина указана в первой колонке табл. 1, а одна или более причин, перечисленных во второй колонке таблицы, указаны в любой строке свидетельства, кодировать следует так, как указано в четвертой колонке.

Когда выбранная причина указана в первой колонке и приведена в свидетельстве в качестве причины одной из болезней, перечисленных в третьей колонке, кодировать следует так, как указано в четвертой колонке.

Таблица 1. Сводная таблица связи по кодовому номеру

Выбранная причина	С упоминанием о:	В качестве причины:	Код
A00—B19 B25—B99 } A15.—, A16.— A17.—, A18.— A39.2—A39.4 E86 F10—F19(F1x.0) (F1x.5) }	J60—J64 A15.—, A16.— A39.0, A39.1 A00—A09 F10—F19(F1x.2)	C00—C97	C00—C97 J65 A15.—, A16.— A39.0, A39.1 A00—A09 F10—F19(F1x.2)
F10 F10.2 F17.—	K70.— F10.4, F10.6, F10.7		K70.— F10.4, F10.6, F10.7
		C34.— I20—I25 J40—J47	C34.— I20—I25 J40—J47
G25.5	I00—I02 I05—I09		I02.— I02.—

Таблица 1 (продолжение)

Выбранная причина	С упоминанием о:	В качестве причины:	Код
I05.8	}		
I05.9			
(по неуточненной причине)			
I09.1	}	I34.—	I34.—
I09.9		I05—I08	I05—I08
I10		I11.—	I11.—
		I12.—	I12.—
		I13.—	I13.—
		I20—I25	I20—I25
		I60—I69	I60—I69
		N00.—	N00.—
		N01.—	N01.—
		N03—N05	N03—N05
		N18.—	I12.—
		N19	I12.—
		N26	I12.—
		H35.0	H35.0
		I05—I09 (неуточненные, как ревматические)	I34—I38
		I34—I38	I34—I38
		I50.—	I11.0
		I51.4—I51.9	I11.—
I11.—		I12.—	I13.—
		I13.—	I13.—
		I20—I25	I20—I25
		N18.—	I13.—
		N19	I13.—
		N26	I13.—
I12.—		I11.—	I13.—
		I13.—	I13.—
		I20—I25	I20—I25
		I50.—	I13.0
		I51.4—I51.9	I13.—
I13.—		I20—I25	I20—I25
I20.—	}		
I24.—		I21.—	I21.—
I25.—		I22.—	I22.—
I21.—	}	I22.—	I22.—
I27.9		M41.—	I27.1
I44—I50	}	B57.—	B57.—
I51.4—I51.9		I20—I25	I20—I25
I50.—			
I51.9	}	M41.—	I27.1
I50.9			
I51.9		J81	I50.1

4. ПРАВИЛА И ИНСТРУКЦИИ ПО КОДИРОВАНИЮ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Таблица 1 (продолжение)

Выбранная причина	С упоминанием о:	В качестве причины:	Код
I67.2	I60—I64	F03 G20	I60—I64 F01.— G20
I70.—	I10—I13 I20—I25 I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I51.9 I60—I69	I05—I09 (неуточнен- ные как ревмати- ческие) I34—I38 I71—I78 K55.— N26	I10—I13 I20—I25 I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I51.9 I60—I69 I34—I38 I34—I38 I71—I78 K55.— I12.— I70.2
I70.9	R02	F03 G20	F01.— G20
J00 J06.— }		G03.8 G06.0 H65—H66 H70.— J10—J18 J20—J21 J40—J42 J44.— N00.—	G03.8 G06.0 H65—H66 H70.— J10—J18 J20—J21 J40—J42 J44.— N00.—
J20.—	J41.— J42 J44.—		J41.— J42 J44.—
J40 J41.— } J42	J43.— J44.—	J45.—	J44.— J44.— J44.—
J43.—	J40 J41.— J42		J44.— J44.— J44.—
J60—J64	A15.— A16.—		J65 J65
J81	I50.9 I51.9		I50.1 I50.1
M41.—	I27.9 I50.—		I27.1 I27.1

Таблица 1 (продолжение)

Выбранная причина	С упоминанием о:	В качестве причины:	Код
	I51.9		I27.1
N00.—		N03.—	N03.—
N18.—	}		
N19.—			
N26			
	I10		I12.—
	I11.—		I13.—
	I12.—		I12.—
O32.—	O33.—		O33.—
O33.9	O33.0—O33.3		O33.0—O33.3
O64.—	O65.—		O65.—
S06.—	S02.—		S02.—
T36—T50	F10—F19(Flx.2)		F10—F19(Flx.2)
V01—X59	A35		A35
X40—X49	}		
Y10—Y15		F10—F19(Flx.2)	F10—F19(Flx.2)

Таблица 2. Перечень кодов, не используемых для кодирования первоначальной причины смерти^a

Коды, не используемые для кодирования начальной причины смерти (используют коды, данные в скобках; если код вообще не указан, кодируется R99)

Не используются, если известна первоначальная причина

B95—B97		F01—F09
E89.—		F70—F79
G97.—		G81.—
H59.—		G82.—
H95.—		G83.—
I15.—		H54.—
I23.—	(коды I21 или I22)	H90—H91
I24.0	(коды I21 или I22)	N46
I65.—	(код I63)	N97.—
I66.—	(код I63)	O30.—
I97.—		P07.—
J95.—		P08.—
K91.—		T79.—
M96.—		
N99.—		
O08.—		
O80—O84	(код O75.9)	
R69.—	(коды R95—R99)	
S00—T98	(коды V01—Y89)	
Y90—Y98		
Z00—Z99		

^a В дополнение к кодам, обозначаемым звездочкой (см. раздел 3.1.3).

4.2 Замечания по интерпретации записей о причинах смерти

Приведенные выше правила обычно позволяют установить первоначальную причину смерти для первичной статистической разработки данных смертности. Однако в каждой стране может возникнуть необходимость расширения этих правил в зависимости от полноты и качества записей в медицинских свидетельствах. Приведенная ниже информация поможет сформулировать такие дополнительные инструкции.

4.2.1 Допущение наличия промежуточной причины

Часто в медицинских свидетельствах одно состояние указывается как следствие другого, но первое состояние не является прямым следствием второго. Например, кровавая рвота может быть указана как следствие цирроза печени вместо того, чтобы быть записанной в качестве финального события в последовательном ряду событий: цирроз печени → портальная гипертензия → разрыв варикозных вен пищевода → кровавая рвота.

Наличие промежуточной причины в части I можно допустить, если считать, что последовательность событий будто бы указана, но такое допущение не следует использовать для модификации кода.

Пример 1: I а) Кровоизлияние в мозг
- б) Хронический нефрит

Кодируют хронический нефрит (N03.9). Необходимо допустить наличие артериальной гипертензии как промежуточного состояния между кровоизлиянием в мозг и первоначальной причиной — хроническим нефритом.

Пример 2: I а) Умственная отсталость
б) Преждевременное отделение плаценты

Кодируют преждевременное отделение плаценты, оказывающее неблагоприятное воздействие на плод или на новорожденного (P02.1). Необходимо допустить наличие родовой травмы, аноксии или гипоксии как промежуточного состояния между умственной отсталостью и основной причиной — преждевременным отделением плаценты.

4.2.2 Интерпретация выражения “крайне маловероятно”

Выражение “крайне маловероятно” используется, начиная с Шестого пересмотра МКБ, для того чтобы указать на неприемлемость причин-

ной связи событий. Когда в процессе применения Общего принципа и правил выбора возникает необходимость принять или отвергнуть тот или иной последовательный ряд событий, указанный в свидетельстве, рекомендуется рассматривать как "крайне маловероятные" следующие сочетания состояний:

- а) инфекционная или паразитарная болезнь (A00—B99), указанная как "следствие" любой болезни вне этого класса, за исключением:
 - диареи и гастроэнтерита предположительно инфекционного происхождения (A09) могут быть приняты как "следствие" какой-либо другой болезни
 - септицемии (A40—A41)
 - рожи (A46)
 - газовой гангрены (A48.0)
 - ангины Венсана (A69.1)
 - микозов (B35—B49)
 - любых инфекционных болезней, которые могут считаться "следствием" нарушений иммунитета, таких, как ВИЧ-инфекция или СПИД, иммуносупрессия, вызванная химическими веществами (химиотерапия) и облучением, и опухоли, отрицательно воздействующие на иммунную систему (например, злокачественные лимфомы)
 - ветряной оспы и опоясывающего лишая (B01—B02), которые могут считаться "следствием" сахарного диабета, туберкулеза и лимфопролиферативных новообразований;
- б) злокачественное новообразование, указанное как "следствие" любой другой болезни, за исключением болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- с) гемофилия (D66, D67, D68.0—D68.2), указанная как "следствие" любой другой болезни;
- д) сахарный диабет (E10—E14), указанный как "следствие" любой другой болезни, за исключением:
 - гемохроматоза (E83.1),
 - болезней поджелудочной железы (K85—K86),
 - новообразований поджелудочной железы (C25.—, D13.6, D13.7, D37.7),
 - недостаточности питания (E40—E46);
- е) острая ревматическая лихорадка (I00—I02) или ревматическая болезнь сердца (I05—I09), указанные как "следствие" любой другой болезни, кроме скарлатины (A38), стрептококковой септицемии (A40.—), стрептококкового фарингита (J02.0) и острого тонзиллита (J03.—);
- ф) любая гипертензия, указанная как "следствие" любого новообразования, за исключением:
 - новообразований эндокринных желез,
 - новообразований почек,
 - карциноидных опухолей;

- g) хроническая ишемическая болезнь сердца (I20, I25), указанная как “следствие” любого новообразования;
- h) любая цереброваскулярная болезнь (I60—I69), указанная как “следствие” болезни органов пищеварения (K00—K92) или эндокардита (I05—I08; I09.1, I33—I38), за исключением эмболии мозговых сосудов в рубриках I65—I66 или внутричерепного кровоизлияния (I60—I62);
- i) любое состояние, описанное как артериосклеротическое (атеросклеротическое), указанное как “следствие” любого новообразования;
- j) грипп (J10—J11), указанный как “следствие” любой другой болезни;
- k) врожденная аномалия (Q00—Q99), указанная как “следствие” любого другого заболевания данного индивида, включая недоношенность;
- l) состояние, наступившее в момент “X”, указанное как “следствие” состояния, наступившего в момент “Y”, если момент “X” предшествует моменту “Y”;
- m) любой несчастный случай (V01—X59), указанный как следствие любой другой причины, классифицированной вне этого класса, за исключением эпилепсии (G40—G41).

Приведенный выше перечень не охватывает все “крайне маловероятные” взаимосвязи состояний, однако в других случаях необходимо следовать общему принципу, если нет иных указаний.

Острые или терминальные болезни системы кровообращения, указанные как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета или бронхиальной астмы, следует рассматривать как возможный последовательный ряд событий в части I свидетельства. Острыми или терминальными болезнями системы кровообращения считаются:

- I21—I22 Острый инфаркт миокарда
- I24.— Другие формы острой ишемической болезни сердца
- I26.— Легочная эмболия
- I30.— Острый перикардит
- I33.— Острый и подострый эндокардит
- I40.— Острый миокардит
- I44.— Предсердно-желудочковая [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—I68 Цереброваскулярные болезни, кроме относящихся к подрубикам I67.0—I67.5 и I67.9

4.2.3 Значение продолжительности болезни для классификации

При оценке записанной последовательности непосредственных и предшествовавших причин необходимо учитывать промежуток времени между моментом возникновения болезни или состояния и моментом смерти. Это следует делать при интерпретации “крайне маловероятных” зависимостей состояний (см. выше), а также при использовании правила модификации E (последствия).

Рубрики O95 (Акушерская смерть по неуточненной причине), O96 (Смерть матери от любой акушерской причины спустя более 42 сут, но менее одного года после родов) и O97 (Смерть матери от последствий непосредственно акушерских причин) классифицируют акушерскую смерть в соответствии со временем, прошедшим между акушерским эпизодом и смертью женщины. Рубрику O95 следует использовать, когда женщина умирает во время беременности, родов или в послеродовом периоде и единственной информацией является запись “материнская” или “акушерская” смерть. Если акушерская причина смерти уточнена, кодируют соответствующую рубрику. Рубрику O96 используют для классификации смертей от прямых или не прямых акушерских причин, которые наступили в период более 42 сут, но менее одного года после окончания беременности. Рубрику O97 используют для классификации смертей от любой прямой акушерской причины, которые наступают через один год или более после окончания беременности.

Состояния, классифицированные как врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии (Q00—Q99), даже в тех случаях, когда в медицинском свидетельстве они не обозначены как врожденные, следует кодировать как таковые, если промежуток времени между началом болезни и смертью, а также возраст умершего свидетельствуют о существовании состояния с самого рождения.

Классификация имеет специальные рубрики для обозначения некоторых болезней и травм как причин последствий или отдаленных эффектов. Во многих случаях эти последствия включают состояния, сохранившиеся в течение года или более после начала болезни или возникновения травмы (см. ниже также пункт “Последствия”).

4.2.4 Последствия

Определенные рубрики (B90—B94, E64.—, E68, G09, I69.—, O97 и Y85—Y89) следует использовать для кодирования основной причины смерти, чтобы показать, что смерть наступила в результате отдаленных последствий (остаточных явлений) данной болезни или травмы, а не

в течение ее активной фазы. В таких случаях применяют правило модификации Е. Состояния, указанные как последствия или остаточные явления данного заболевания или травмы, должны быть отнесены в соответствующую рубрику последствий, независимо от промежутка времени между началом болезни или возникновением травмы и смертью. Для определенных состояний смерть, наступившая через год или более после начала болезни или возникновения травмы, считается результатом последствий или остаточных явлений данного состояния, даже если о последствиях достаточно определенно не упоминается. Инструкция по интерпретации последствий приведена в большинстве рубрик "Последствия..." полного перечня.

В90.— Последствия туберкулеза

Последствия этой болезни включают состояния, указанные как таковые или как отдаленные следствия перенесенного туберкулеза, а также остаточные явления туберкулеза, обозначенные как излеченные, неактивные или старые, если нет данных о наличии активного туберкулеза.

В94.0 Последствия трахомы

Последствия этой болезни включают остаточные явления трахомы, обозначенные как залеченные или неактивные, а также некоторые уточненные последствия трахомы, такие, как слепота, рубцовый энтропион и рубцы конъюнктивы, если только нет данных о наличии активной инфекции.

В94.1 Последствия вирусного энцефалита

Последствия этой болезни включают состояния, обозначенные как таковые или как отдаленные эффекты, а также состояния, которые сохранялись в течение одного года или более после возникновения вызвавшей их болезни.

В94.8 Последствия других инфекционных и паразитарных болезней

Последствия этих болезней включают состояния, обозначенные как таковые или как отдаленные эффекты, и остаточные явления этих болезней, обозначенные как купированные, излеченные и неактивные, если нет данных о наличии активного процесса. Последствия также включают хронические состояния, обозначенные как следствие этих болезней или как их остаточные явления, сохранявшиеся в течение одного года или более после возникновения состояний, классифицированных в рубриках А00—В89.

E64.3 Последствия рахита

Последствия этой болезни включают любое состояние, обозначенное как рахитическое или обусловленное рахитом и сохранившееся в течение года или более после возникновения, а также состояния, обозначенные как последствия или поздние проявления рахита.

**G09 Последствия воспалительных болезней
центральной нервной системы**

Эта рубрика предназначена для кодирования последствий состояний, классифицируемых в рубриках G00.—, G03—G04, G06.— и G08. Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы, подлежащие двойной классификации (G01*—G02*, G05.—* и G07*), следует кодировать рубриками, предназначенными для кодирования последствий первоначального состояния (например, B90.0 Последствие туберкулеза центральной нервной системы). Если нет рубрики, предназначенной для кодирования последствий первоначального состояния, то кодируют само это состояние.

4.2.5 Соответствие между полом пациента и диагнозом

Некоторые рубрики Классификации включают болезни, свойственные лишь одному полу (см. раздел 3.1.5). Если после проверки выявляется несоответствие между полом и причиной смерти, указанной в свидетельстве, то состояние, вызвавшее смерть, следует кодировать рубрикой “Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти” (R99).

4.2.6 Хирургические операции

Если в свидетельстве сообщается о хирургической операции как причине смерти и не упоминается о состоянии, по поводу которого операция была проведена, или о полученных в результате операции данных, и в алфавитном указателе отсутствует специальный код для такой операции, то используют остаточную подрубрику кода по органу или локализации в соответствии с названием операции (например, нефрэктомия относят к рубрике N28.9). Если название операции не указывает на тот или иной орган или локализацию (например, “лапаротомия”), кодируют рубрикой “Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти” (R99), если только нет упоминания о случайном нанесении вреда больному в ходе лечения, классифицируемом в рубриках Y60—Y84, или о послеоперационном осложнении.

4.2.7 Злокачественные новообразования

В тех случаях, когда основной причиной смерти признается злокачественное новообразование, очень важно установить его первичную локализацию. Следует также принимать во внимание морфологию и характер новообразования. “Рак” — это общий термин, который может использоваться для обозначения любой морфологической группы, хотя он редко применяется в отношении злокачественных новообразований лимфатических, кроветворных и родственных им тканей. Термин “карцинома” иногда используется неправильно как синоним термина “рак”. Информация, содержащаяся в некоторых свидетельствах о смерти, может быть истолкована двояко, если есть сомнения в отношении первичной локализации опухоли или существует нечеткость в составлении свидетельства. В этих случаях, если возможно, следует обратиться за разъяснениями к лицу, заполнявшему свидетельство. При отсутствии такой возможности следует соблюдать перечисленные ниже указания.

Морфологические типы опухолей, классифицированные на с. 577—599 т. 1, ч. 2, приведены в Алфавитном указателе со своими морфологическими кодами и с указанием относительно кодирования по локализации.

А. Смысл злокачественности

Указание в свидетельстве о том, что новообразование вызвало метастазы (вторичные опухоли), означает, что его следует кодировать как злокачественное, даже если такое новообразование без упоминания о метастазах могло бы быть отнесено к какому-либо другому разделу класса II.

Пример 1: I а) Метастатическое поражение лимфатических узлов
б) Рак *in situ* молочной железы

Кодируют злокачественное новообразование молочной железы (C50.9).

В. Локализации, в названии которых имеются приставки или неточные описания локализации

Новообразования, в названиях локализаций которых имеются приставки “пери”, “пара”, “пре”, “супра”, “инфра” и т.д., или описанные как находящиеся в какой-то “области” или “участке” какого-либо органа или ткани, если они не снабжены специальными отсылками в Указателе, необходимо кодировать следующим образом: новообразования морфологических типов, классифицируемых в рубриках C40, C41 (кости и суставные хрящи), C43 (злокачественная меланома

кожи), С44 (другие злокачественные новообразования кожи), С45 (мезотелиома), С47 (периферические нервы и вегетативная нервная система), С49 (соединительная ткань и мягкие ткани), С70 (мозговые оболочки), С71 (головной мозг) и С72 (другие отделы центральной нервной системы), относят к соответствующей подрубрике данной рубрики; в иных случаях новообразование кодируют соответствующей подрубрикой рубрики С76 (другие и неточно обозначенные локализации).

Пример 2: 1 а) Фибросаркома в области ноги

Кодируют злокачественное новообразование соединительной и мягкой тканей нижней конечности (С49.2).

С. Злокачественные новообразования неуточненной локализации с другими состояниями, указанными в свидетельстве

Когда локализация первичного злокачественного новообразования не уточнена, не следует присваивать ему локализацию на основании локализации других указанных в свидетельстве состояний, таких как перфорация, непроходимость или кровотечение. Эти состояния могут возникать в участках тела, не связанных с локализацией первичного новообразования, например непроходимость кишечника может быть вызвана метастазами злокачественного новообразования яичников.

Пример 3: 1 а) Непроходимость тонкой кишки
b) Рак

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (С80).

Д. Злокачественные новообразования с указанной первичной локализацией

Если конкретная локализация указана как первичная, следует выбирать ее независимо от того места, какое она занимает в свидетельстве и указана ли она в части I или части II. Если указано, что первичная локализация неизвестна, смотри ниже пункт Е. Первичная локализация может быть указана одним из следующих способов:

а) Обозначение одной локализации как первичной либо в части I, либо в части II.

Пример 4: I а) Рак мочевого пузыря
II Первичная опухоль почки

Кодируют злокачественное новообразование почки (С64).

- б) Обозначение других локализаций как “вторичная”, “метастазы”, “распространение” или “карциноматоз”.

Пример 5: I а) Рак молочной железы
 б) Метастазы в головном мозге

Кодируют злокачественное новообразование молочной железы (C50.9), так как применяется правило 2.

- в) Морфология указывает на первичное злокачественное новообразование.

Если морфологический тип означает первичную локализацию, такую как гепатома, рассматривайте этот тип так, как если бы было включено слово “первичная”.

Пример 6: I а) Метастазирующий рак
 б) Псевдомуцинозная аденокарцинома

Кодируют злокачественное новообразование яичника (C56), так как в Алфавитном указателе псевдомуцинозная аденокарцинома неуточненной локализации отнесена к яичнику.

Если указаны две или более первичных локализаций или морфологий, эти состояния следует кодировать в соответствии с пунктами F, G и H, приведенными ниже.

Е. Первичная локализация неизвестна

Если в свидетельстве в любом месте имеется запись “первичная локализация неизвестна” или ее эквивалент, новообразование относят к рубрике “новообразование неуточненной локализации” для рассматриваемого морфологического типа (например, аденокарциному кодируют рубрикой C80, фибросаркому — подрубрикой C49.9, остеосаркому — C41.9) независимо от локализации(ий), упомянутой в другом месте свидетельства.

Пример 7: I а) Вторичный рак печени
 б) Первичная локализация неизвестна
 в) ? Желудок ? Кишечник

Кодируют рак без уточнения локализации (C80).

Пример 8: I а) Генерализованные метастазы
 б) Меланома спины
 в) Первичная локализация неизвестна

Кодируют злокачественную меланому неуточненной локализации (C43.9).

F. Самостоятельные (первичные) множественные локализации (C97)

Наличие более одного первичного новообразования может быть обозначено указанием двух различных анатомических локализаций или двух отдельных морфологических типов (например, гипернефрома и внутрипротоковый рак) или указанием морфологического типа, предполагающим специфическую локализацию, и второй локализации. Крайне маловероятно, что одно первичное новообразование может быть следствием другого первичного злокачественного новообразования; исключения составляют группы злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей (C81—C96), в рамках которой одна форма злокачественности может переходить в другую (например, лейкоз может следовать за неходжкинской лимфомой).

Если в части I упоминаются две и более локализации в одной и той же системе организма, то следует руководствоваться положениями пункта H, с. 91. Если множественные локализации находятся не в одной и той же системе и нет указаний о том, какая локализация является первичной, а какая вторичной, кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97), если только все они не классифицируются в рубриках C81—C96 или одна из упомянутых локализаций не является частой локализацией метастазов или легочной локализацией (см. пункт G ниже).

Пример 9: I a) Рак желудка
b) Рак молочной железы

Кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97), так как упоминаются две различные анатомические локализации и маловероятно, что одно первичное злокачественное новообразование явилось следствием другого.

Пример 10: I a) Болезнь Ходжкина
b) Рак мочевого пузыря

Кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) локализаций (C97), так как упоминаются два разных морфологических типа.

- Пример 11:* I а) Острый лимфолейкоз
 б) Неходжкинская лимфома

Кодируют неходжкинскую лимфому (С85.9), так как оба состояния классифицируются в рубриках С81—С96, и данная последовательность состояний приемлема.

- Пример 12:* I а) Лейкоз
 б) Неходжкинская лимфома
 с) Рак яичника

Кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (С97), так как, несмотря на то, что два новообразования классифицируются в рубриках С81—С96, имеется упоминание о локализации в другом месте.

- Пример 13:* I а) Лейкоз
 II Рак молочной железы

Кодируют лейкоз (С95.9), так как рак молочной железы записан в части II свидетельства. Когда перечисляются множественные локализации, следует рассматривать только локализации, упомянутые в части I свидетельства (см. пункт 3).

Г. Метастатические новообразования

В тех случаях, когда злокачественное новообразование распространяется или метастазирует, оно обычно сохраняет тот же морфологический тип, хотя и 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 рака часто называют “карциноматозом”. Если неустановленный, неуточненный термин, например рак или саркома, указан с термином, обозначающим более специфичную гистологию той же широкой группы, кодируют локализацию более специфичной морфологии, полагая, что другая является метастатической.

Злокачественные клетки могут метастазировать по всему телу, однако определенные локализации метастазов являются более частыми, чем другие, и их следует рассматривать по-разному (см. ниже). Однако если в свидетельстве о смерти указана одна из таких локализаций и она не определена словом “метастатическая”, ее следует рассматривать как первичную.

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 (локализации, классифицируемые в рубрике C76).	

- С легкими связана особая проблема, так как они являются не только наиболее распространенной локализацией метастазов, но и локализацией первичных злокачественных новообразований. Легкие следует рассматривать как типичную локализацию метастазов, когда они указаны в свидетельстве с локализациями, не перечисленными в данном списке. Однако в тех случаях, когда упоминается рак бронха или бронхогенный рак, это новообразование следует рассматривать как первичное. Если упомянута легочная локализация, а другие указанные локализации относятся к перечню типичных локализаций метастазов, легкие следует считать первичной локализацией.
- Злокачественное новообразование лимфатических узлов, не уточненное как первичное, следует кодировать как вторичное.

Пример 14: I а) Рак головного мозга

Кодируют злокачественное новообразование головного мозга (C71.9).

*Пример 15: I а) Рак кости**б) Метастатический рак легкого*

Кодируют злокачественное новообразование легкого (C34.9), поскольку кость включена в перечень типичных локализаций метастазов и поэтому легкое следует считать первичной локализацией.

Определение “метастазирующий” обозначает первичное новообразование, метастазирующее в другое место. Определение “метастатический” означает вторичный очаг, метастазировавший из первичной локализации в другом месте.

а) При упоминании о злокачественном новообразовании как “метастази-

рующем из” уточненной локализации следует рассматривать эту уточненную локализацию как первичный очаг.

Пример 16: I а) Метастазирующая тератома из яичника

Кодируют злокачественное новообразование яичника (C56).

- b) Злокачественное новообразование, описанное как “метастазирующее в” тот или иной орган или ткань, следует рассматривать как вторичное для этой локализации, если только морфология не указывает на специфическую первичную локализацию.

Пример 17: I а) Рак, метастазирующий в прямую кишку

Кодируют вторичное злокачественное новообразование прямой кишки (C78.5). Слово “в” точно указывает на прямую кишку как вторичную локализацию.

Пример 18: I а) Остеосаркома, метастазирующая в головной мозг

Кодируют злокачественное новообразование кости (C41.9), так как в этом случае не уточнена локализация остеосаркомы.

- c) Единичное злокачественное новообразование, описанное как “метастатическое”

Термин “метастатическое” интерпретируется следующим образом:

- i) Если указана только одна локализация и новообразование квалифицируется как метастатическое, кодируют как первичное злокачественное новообразование данной локализации, если не упоминается его морфологический тип и данная локализация не является типичной локализацией метастазов (см. перечень наиболее типичных локализаций метастазов, с. 84)

Пример 19: I а) Рак шейки матки метастазирующий

Кодируют злокачественное новообразование шейки матки (C53.9).

- ii) Если не указана локализация, но морфологически новообразование квалифицируется как метастатическое, кодируют его как новообразование рассматриваемого морфологического типа с неуточненной первичной локализацией.

Пример 20: I а) Метастазирующий овсяно-клеточный рак

Кодируют злокачественное новообразование легкого (C34.9).

- iii) Если в свидетельстве указаны морфологический тип и локализация новообразования, не относящаяся к числу типичных локализаций метастазов (см. перечень на с. 84), и оно обозначено как метастатическое, кодируют рубрикой, соответствующей данному морфологическому типу и указанной локализации.

Пример 21: I а) Метастазирующая меланома руки

Кодируют злокачественную меланому кожи руки (C43.6), так как в этом случае неточно обозначенная локализация “рука” является специфичной локализацией для меланомы, а не типичной локализацией метастазов, классифицируемой в рубрике C76.—

- iv) Если морфологический тип новообразования указан со словом “метастатический” и указанная локализация является одной из типичных локализаций метастазов, за исключением легких, кодируют “неуточненную локализацию” для рассматриваемого морфологического типа, если только неуточненная локализация не классифицируется рубрикой C80 (злокачественные новообразования без уточнения локализации), в последнем случае кодируют вторичное злокачественное новообразование указанной локализации.

Пример 22: I а) Метастатическая остеосаркома головного мозга

Кодируют злокачественное новообразование кости, неуточненное (C41.9), так как головной мозг включен в перечень типичных локализаций метастазов.

- v) Если одна из типичных локализаций метастазов, за исключением легких, описывается как метастатическая и не указана другая локализация или морфологический тип новообразования, кодируют вторичное новообразование данной локализации (C77—C79).

Пример 23: I а) Метастатический рак головного мозга

Кодируют вторичное злокачественное новообразование головного мозга (C79.3).

Пример 24: I а) Метастатический рак легкого

Кодируют злокачественное новообразование легкого (C34.9).

d) Злокачественное новообразование, имеющее более одной локализации, квалифицированное как метастатическое

- i) Если указаны две или более локализации новообразований с одинаковой морфологией, не включенные в перечень наиболее типичных локализаций метастазов, и все они квалифицируются как “метастатические”, кодируют этот случай как первичный очаг рассматриваемого морфологического типа опухоли неуточненной анатомической системы.

Пример 25: I а) Метастатический рак предстательной железы
 б) Метастатический рак кожи

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80), так как метастатический рак предстательной железы не может быть следствием метастатического рака кожи; оба новообразования, по всей вероятности, являются следствием распространения злокачественного новообразования неизвестной первичной локализации, которое следовало бы вписывать в свидетельство на строке “с”.

Пример 26: I а) Метастатический рак желудка
 б) Метастатический рак молочной железы
 с) Метастатический рак легкого

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80), так как молочная железа и желудок не принадлежат к одной и той же анатомической системе органов, а легкие включены в перечень наиболее типичных локализаций метастазов.

- ii) Если два или более морфологических типа разных гистологических групп квалифицируются как метастазирующие, кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97) (см. пункт F, с. 84).

Пример 27: I а) Непроходимость кишечника
 б) Метастазирующая аденокарцинома кишечника
 с) Метастазирующая саркома матки

Кодируют злокачественные новообразования независимых (первичных) множественных локализаций (C97).

- iii) Если в свидетельстве указаны морфология, предполагающая определенную локализацию, и самостоятельная анатомическая локализация, и обе квалифицируются как метастазирующие, кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80).

Пример 28: I а) Метастазирующий рак толстой кишки
и почечноклеточный рак

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80).

- iv) Если указаны несколько локализаций с одинаковой морфологией и все, за исключением одной, квалифицируются как метастатические или входят в перечень наиболее типичных локализаций метастазов, кодируют локализацию, которая не квалифицирована как метастатическая независимо от порядка записи или от того, включена она в часть I или часть II свидетельства. Если все локализации квалифицируются как метастатические или входят в перечень наиболее типичных локализаций метастазов, включая легкие, кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80).

Пример 29: I а) Метастатический рак желудка
b) Рак желчного пузыря
c) Метастатический рак толстой кишки

Кодируют злокачественное новообразование желчного пузыря (C23).

Пример 30: I а) Метастатический рак яичника
b) Рак легкого
c) Метастатический рак шейки матки

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80).

Пример 31: I а) Метастатический рак желудка
b) Метастатический рак легкого
II Рак толстой кишки

Кодируют злокачественное новообразование толстой кишки (C18.9), поскольку это единственный диагноз, не квалифицированный как метастатический, хотя он записан в части II свидетельства.

- v) Если все упомянутые локализации входят в перечень наиболее типичных локализаций метастазов, кодируют неизвестную первичную локализацию рассматриваемого морфологического

типа, если не упоминаются легкие, при их упоминании кодируют злокачественное новообразование легкого (С34.—).

Пример 32: I а) Рак печени
b) Рак брюшной полости

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (С80), поскольку оба новообразования входят в перечень типичных локализаций метастазов. (Брюшная полость является одной из неточно обозначенных локализаций, относящихся к рубрике С76.—.)

Пример 33: I а) Рак головного мозга
b) Рак легкого

Кодируют злокачественное новообразование легкого (С34.9), поскольку легкое в этом случае рассматривается как первичная локализация, так как головной мозг, единственная упомянутая другая локализация, входит в перечень типичных локализаций метастазов.

- vi) Если только одна из указанных локализаций входит в перечень типичных локализаций метастазов или указаны легкие, кодируют локализацию, не включенную в перечень.

Пример 34: I а) Рак легкого
b) Рак молочной железы

Кодируют злокачественное новообразование молочной железы (С50.9). Легкое в этом случае рассматривается в качестве метастатической локализации, поскольку молочная железа не включена в перечень типичных локализаций метастазов.

- vii) Если одна и более из упомянутых локализаций входят в перечень типичных локализаций метастазов (см. перечень на с. 84), но в свидетельстве также упоминаются еще две и более локализации или два и более различных морфологических типа, кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (С97) (см. пункт F, с. 82).

Пример 35: I а) Рак печени
b) Рак мочевого пузыря
c) Рак прямой кишки

Кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных

локализаций (C97), так как печень входит в перечень типичных локализаций метастазов, а в свидетельстве еще упомянуты две другие самостоятельные локализации.

- viii) Если имеется сочетание нескольких локализаций, квалифицированных как метастатические, и в свидетельстве упоминаются несколько других локализаций, руководствуются правилами кодирования множественных локализаций. (См. пункт F выше и пункт H ниже.)

H. Множественные локализации

При указании в свидетельстве множественных локализаций следует рассматривать только локализации, записанные в части I.

Если в свидетельстве указано более одной локализации злокачественных новообразований, нужно выбрать локализацию, которая записана как первичная, или ту, где не указано, является ли она первичной или вторичной (см. выше пункты D, E и F).

Множественные локализации, ни одна из которых не обозначена как первичная

- a) Несмотря на положения правила H рассматривать только локализации, записанные в части I, если одна из типичных локализаций метастазов, за исключением легких, и еще одна локализация или морфологический тип упомянуты в какой-либо части свидетельства, кодируют эту другую локализацию. Однако если злокачественное новообразование лимфатической, кроветворной и родственных им тканей записано в части II, следует рассматривать только записи в части I свидетельства.

Пример 36: I a) Рак желудка
b) Рак печени

Кодируют злокачественное новообразование желудка (C16.9). Несмотря на то что записанный последовательный ряд событий предполагает, что печень была первичной локализацией, метастазы из печени (которая является типичной локализацией метастазов) в желудок крайне маловероятны, и считается, что рак желудка метастазировал в печень.

Пример 37: I a) Рак брюшины
II Рак молочной железы

Кодируют злокачественное новообразование молоч-

ной железы (C50.9), поскольку рак брюшины считается вторичным, так как брюшина включена в перечень типичных локализаций метастазов.

- б) Злокачественные новообразования, описанные как одна “или” другая локализация (либо если применен союз “или”), следует кодировать рубрикой, которая охватывает обе локализации. Если не существует такой рубрики, кодируют новообразование неуточненной локализации рассматриваемого морфологического типа. Это правило применяется ко всем локализациям независимо от того, включены они в перечень типичных локализаций метастазов или нет.

Пример 38: I а) Рак восходящей или нисходящей ободочной кишки

Кодируют злокачественное новообразование ободочной кишки, неуточненное (C18.9).

Пример 39: I а) Остеосаркома поясничного позвонка или крестца

Кодируют злокачественное новообразование кости, неуточненное (C41.9).

- с) Если два или более морфологических типа злокачественных новообразований относятся к лимфатической, кроветворной или родственным им тканям (C81—C96), кодируют в соответствии с приведенным последовательным рядом событий, так как эти новообразования часто переходят в другое новообразование в рамках блока рубрик C81—C96. Обострение или бластный криз при хроническом лейкозе следует кодировать подрубрикой, к которой относится хроническая форма болезни.

Пример 40: 1 а) Острый лимфолейкоз
б) Неходжкинская лимфома

Кодируют неходжкинскую лимфому (C85.9).

Пример 41: I а) Острый хронический лимфолейкоз

Кодируют хронический лимфолейкоз (C91.1).

Множественные локализации в одной системе органов

Если указанные локализации расположены в одной системе органов и являются смежными, следует использовать подрубрики с четвертым знаком .8, включая те, которые перечислены на с. 179 т. 1, ч. 1. Это правило применяется в тех случаях, когда в свидетельстве локализации

описаны как одна "и" другая локализации или локализации записаны на разных строках. Кодируют той подрубрикой с четвертым знаком .8, которая охватывает обе эти локализации. Если имеется какое-либо сомнение относительно смежности указанных локализаций, кодируют неуточненную локализацию, соответствующую указанному органу.

- а) Если есть упоминание о двух смежных подлокализациях в одной и той же локализации, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .8 данной трехзначной рубрики.

Пример 42: I а) Рак нисходящей ободочной кишки и сигмовидной кишки

Кодируют злокачественное новообразование толстой кишки, выходящее за пределы одной локализации (C18.8).

- б) Если подлокализации не являются смежными, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .9 данной трехзначной рубрики.

Пример 43: I а) Рак головки поджелудочной железы
б) Рак хвоста поджелудочной железы

Кодируют злокачественное новообразование поджелудочной железы, неуточненное (C25.9).

- с) Если есть упоминание о двух смежных локализациях, классифицируемых различными трехзначными рубриками в рамках одной и той же системы органов, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .8, соответствующей данной общей системе органов (см. перечень в Примечании 5 введения к классу II, т. 1, ч. 1, с. 179).

Пример 44: I а) Рак влагалища и шейки матки

Кодируют злокачественное новообразование женских половых органов, выходящее за пределы одной и более указанных локализаций (C57.8).

- д) Если в свидетельстве указаны две локализации и обе относятся к одной и той же системе органов и к одному и тому же морфологическому типу, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .9 данной системы органов, как указано в следующем перечне:

- | | |
|-------|---|
| C26.9 | Неточно обозначенные локализации в пределах пищеварительной системы |
| C39.9 | Неточно обозначенные локализации в пределах органов дыхания |
| C41.9 | Костей и суставных хрящей неуточненное |

- C49.9 Соединительной и мягких тканей неуточненной локализации
- C57.9 Женских половых органов неуточненной локализации
- C63.9 Мужских половых органов неуточненной локализации
- C68.9 Мочевых органов неуточненное
- C72.9 Центральной нервной системы, неуточненного отдела

Пример 45: I а) Легочная эмболия
 б) Рак желудка
 в) Рак желчного пузыря

Кодируют неточно обозначенные локализации в пределах пищеварительной системы (C26.9).

- е) Если нет подходящих подрубрик с четвертым знаком .8 или .9, кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97).

Пример 46: I а) Остановка сердца
 б) Рак предстательной железы и мочевого пузыря

Кодируют злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций (C97), так как нет соответствующей подрубрики с четвертым знаком .8.

I. Инфекционные болезни и злокачественные новообразования

- а) Вследствие воздействия химиотерапии на иммунную систему некоторые пациенты становятся подверженными инфекционным болезням, от которых они умирают. Поэтому любое инфекционное заболевание, относящееся к рубрикам A00—B19, B25—B64, указанное как “следствие” злокачественного новообразования, будет рассматриваться в рамках приемлемого последовательного ряда событий, указанного в части I или части II свидетельства.

Пример 47: I а) Опоясывающий лишай
 б) Хронический лимфолейкоз

Кодируют хронический лимфолейкоз (C91.1)

- б) За исключением болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), никакие инфекционные и паразитарные болезни не рассматриваются как вызвавшие злокачественное новообразование.

Пример 48: I а) Гепатоцеллюлярный рак
 б) Вирусный гепатит В

Кодируют гепатоцеллюлярный рак (C22.0)

Пример 49: I а) Опухоль Беркитта
 б) Вирус Эпштейна—Барр

Кодируют опухоль Беркитта (C83.7).

Пример 50: I а) Холангиокарцинома печени
 б) Клонорхоз

Кодируют злокачественное новообразование внутри-печеночных желчных протоков (C22.1).

J. Злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения

Следующие острые или терминальные болезни системы кровообращения, указанные в части I свидетельства, могут рассматриваться как вызванные злокачественными новообразованиями:

- 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.—

Недопустимо считать следствием злокачественных новообразований следующие болезни системы кровообращения:

- I00—I09 Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца
- I10—I15 Гипертоническая болезнь (за исключением случаев,

когда она указана как следствие новообразований
эндокринных желез, почек и карциноидных опухолей)

- I20.— Стенокардия (грудная жаба)
- I25.— Хроническая ишемическая болезнь сердца
- I70.— Атеросклероз

4.2.8 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца

Если в свидетельстве не указано, был ли в момент смерти активным ревматический процесс, следует считать его активным в тех случаях, когда заболевание сердца (кроме терминальных состояний и бактериального эндокардита), которое трактуется как ревматическое или указано как следствие ревматической лихорадки, квалифицируется как острое или подострое. При отсутствии такого пояснения термины “кардит”, “эндокардит”, “болезнь сердца”, “миокардит” и “панкардит” могут рассматриваться как указание на острый процесс, если промежуток времени между началом болезни и смертью составляет менее 1 года, а также в том случае, если этот промежуток не указан и умершему было менее 15 лет. При наличии диагноза “перикардит” процесс можно считать острым в любом возрасте.

4.2.9 Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии

Перечисленные ниже состояния можно рассматривать как врожденные, если они явились причиной смерти в указанном возрасте, при условии отсутствия указаний о том, что эти состояния возникли после рождения.

- В возрасте до 1 года: аневризма, аортальный стеноз, атрезия, атрофия головного мозга, гипоплазия органа, деформация, киста головного мозга, легочный стеноз, порок клапанов сердца, порок развития, смещение органа, эктопия.
- В возрасте до 4 нед: болезнь сердца БДУ, гидроцефалия БДУ.

Если промежуток времени между началом болезненного процесса и смертью, а также возраст умершего свидетельствуют о существовании нарушения с самого рождения, любое заболевание следует рассматривать как врожденное, даже в тех случаях, когда в свидетельстве оно не уточнено как врожденное.

4.2.10 Характер травмы

Коды внешних причин (V01—Y89) следует использовать в качестве основных кодов для кодирования по единичной причине, а также для

статистической разработки данных о смертности, включающих травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Рекомендуется использовать коды класса XIX (S00—T98) в качестве дополнительных для определения характера травмы и осуществления соответствующих статистических разработок. Приведенные ниже замечания касаются этой системы кодирования.

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 четкого указания, какая из них явилась причиной смерти, следует применять общий принцип и правила выбора в обычном порядке.

- Пример 1:* I a) Геморрагический шок
b) Кровотечение в брюшную полость
c) Разрыв печени
d) Дорожный несчастный случай

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

- Пример 2:* I a) Жировая эмболия
b) Перелом бедренной кости
c) Рваная рана бедра
d) Дорожный несчастный случай

Выбирают перелом бедренной кости (S72.9), поскольку это отправная точка последовательного ряда событий, закончившегося состоянием, указанным в свидетельстве первым. “Крайне маловероятно”, чтобы рваная рана бедра могла привести к возникновению всех патологических состояний, указанных выше.

- Пример 3:* I a) Перитонит
b) Разрыв желудка и поперечной ободочной кишки
c) Дорожный несчастный случай

Выбирают разрыв желудка (S36.3), поскольку это является отправной точкой первого из упомянутых последовательных рядов событий (согласно правилу 1).

- Пример 4:* I a) Гнойный менингит
b) Контузия века и проникающая рана глазницы

Выбирают проникающую рану глазницы (S05.4), поскольку контузия века, выбранная согласно правилу 2, очевидно, является прямым следствием проникающей раны глазницы (применимо правило 3).

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

4.2.11 Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами

В тех случаях, когда отравление вызвано комбинацией лечебных средств, отдельные компоненты которой классифицируются по-разному, поступают следующим образом: если в качестве причины смерти указан один из компонентов комбинации, кодируют именно этот компонент; если такое указание отсутствует, причину смерти кодируют рубрикой, предусмотренной для данной комбинации, например смешанные противосудорожные препараты, (T42.5). Если же компоненты комбинации классифицируются в одной и той же трехзначной рубрике, то всю комбинацию относят к соответствующей подрубрике "Другие", в противном случае используют код T50.9.

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

4.2.12 -Внешние причины

Коды внешних причин (V01—Y89) следует использовать в качестве основных для кодирования по единичной причине и статистической разработки основной причины в тех и только в тех случаях, когда патологическое состояние, приведшее к смерти, относится к классу XIX (Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин).

Когда патологическое состояние, приведшее к смерти, относится к классам I—XVIII, само это состояние следует кодировать в качестве первоначальной причины смерти, а рубрики класса внешних причин, если это необходимо, можно использовать в качестве дополнительных кодов.

4.2.13 Выражения, указывающие на неопределенность диагноза

Выражения, указывающие на некоторую неуверенность, неопределенность диагноза, такие как "очевидно", "вероятно", "возможно" и т.п.,

следует оставлять без внимания, так как записи без таких оговорок отличаются лишь степенью определенности диагноза.

4.3 Перинатальная смертность: указания по заполнению свидетельства и правила кодирования

4.3.1 Свидетельство о перинатальной смерти

По возможности следует заполнять отдельное свидетельство о причине перинатальной смерти, в котором состояния, приведшие к смерти, располагаются следующим образом:

- a) Основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка
- b) Другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка
- c) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка
- d) Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка
- e) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти

В свидетельстве следует записывать идентифицирующие личность данные с указанием даты и времени смерти, информацию о том, родился ребенок живым или мертвым, а также результаты вскрытия.

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

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)

- дородовая медицинская помощь, число посещений — два или более: да/нет/неизвестно
- родоразрешение: нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании/другое (указать)

Ребенок

Масса тела при рождении в граммах

Пол: мальчик/девочка/не определен

Одноплодные роды/первый из двойни/второй из двойни/другие многоплодные роды

Если ребенок родился мертвым, то когда наступила смерть: до начала родов/во время родов/неизвестно

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

Методы, с помощью которых собирают дополнительные сведения о матери и ребенке, могут различаться в отдельных странах в зависимости от принятых в них систем регистрации актов гражданского состояния. Там, где они могут быть собраны при регистрации случаев мертворождения и ранней неонатальной смерти, можно использовать форму, подобную “Свидетельству о причине перинатальной смерти”, приведенную на с. 100. В других случаях необходимы специальные меры (например, соединение отдельных записей о случаях рождения и смерти), для того чтобы при анализе свести воедино дополнительные сведения и данные о причине смерти.

В странах, где порядок регистрации актов гражданского состояния затрудняет введение общего свидетельства о смерти для живорожденных и мертворожденных, проблему можно решить путем введения отдельных свидетельств для случаев мертворождения и для ранней неонатальной смерти, каждое из которых должно включать рекомендованную форму для записи причин смерти.

4.3.2 Порядок записи причин смерти

Свидетельство включает 5 разделов для записи причин перинатальной смерти, обозначенных латинскими буквами от “a” до “e”. В разделы “a” и “b” следует вносить болезни или патологические состояния новорожденного или плода, причем одну, наиболее важную, записывают в разделе “a”, а остальные, если таковые имеются, в разделе “b”. Под “наиболее важным” подразумевается патологическое состояние, которое, по мнению лица, заполняющего свидетельство, внесло наибольший вклад в смерть ребенка или плода. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, характеризующие механизм смерти, не следует записывать в разделе “a”, если только они

СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПРИЧИНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

Заполняется на мертворожденных и живорожденных, умерших
в течение 168 ч (1 нед) после рождения

Данные,
идентифи-
цирующие
личность

☐ Ребенок родился живым (дата) В (часы)
и умер В (часы)
☐ Ребенок родился мертвым В (часы)
и умер: до начала родов ☐ во время родов ☐ неизвестно
когда ☐

Мать

Дата рождения 1-й день последней менструации
или, если неизвестна, возраст (годы) или, если неизвестен, предполагаемый срок беременности (полные недели)
Число предшествовавших беременностей: Число посещений (два или более): Дородовая помощь,
роды живым плодом ☐ Да
роды мертвым плодом ☐ Нет
аборты ☐ Неизвестно
Исход последней из предшествовавших беременностей:
☐ роды живым плодом ☐ Родоразрешение:
☐ роды мертвым плодом ☐ Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании
☐ аборт Другое (указать)
дата

Ребенок

Масса:грамм
☐ Пол:
☐ Мальчик ☐ Девочка
☐ Не определен
☐ Одноплодные роды
☐ Первый из даойни
☐ Второй из даойни
☐ Другие многоплодные роды

Лица, принимавшие роды

☐ Врач
☐ Дипломированная акушерка
Другое обученное лицо (уточнить)
Другое лицо (уточнить)

Причины смерти

а) Основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

б) Другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

с) Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

д) Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка

е) Другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти

☐ Установленная причина смерти подтверждена вскрытием
☐ Данные вскрытия могут быть получены позднее
☐ Вскрытия не было

Удостоверяю
.....
Подпись и должность

не были единственным известным состоянием плода или новорожденного. Это положение относится также и к недоношенности.

В разделе “с” и “d” следует записывать все болезни или состояния матери, которые, по мнению лица, заполняющего документ, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на новорожденного или плод. И в этом случае наиболее важное из них состояние нужно записывать в разделе “с”, а другие, если таковые имеются, в разделе “d”. Раздел “e” предусмотрен для записи других обстоятельств, которые способствовали летальному исходу, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние ребенка или матери, например родоразрешение в отсутствие лица, принимающего роды.

Следующие примеры иллюстрируют рекомендуемый в соответствующих случаях порядок записи причин смерти.

Пример 1. Мать, у которой предыдущие беременности закончились самопроизвольными абортами в сроки 12 и 18 нед, была госпитализирована со сроком беременности 24 нед с диагнозом “преждевременные роды”. Роды были самопроизвольными; родился ребенок массой 700 г, который умер в течение первого дня жизни. Основное патологическое состояние, обнаруженное при вскрытии, — “недоразвитие легких”.

Причины перинатальной смерти:

- a) Недоразвитие легких
- b) —
- c) Преждевременные роды, причина неизвестна
- d) Привычный аборт
- e) —

Пример 2. Женщина 26 лет с первой беременностью, в анамнезе регулярные менструальные циклы, получила стандартную родовую помощь, начиная с 10-й недели беременности. На 30—32-й неделе беременности клинически была отмечена задержка развития плода, подтвержденная на 34-й неделе. Кроме бессимптомной бактериурии, не было выявлено никакой явной причины этого состояния. Было сделано кесарево сечение и извлечен живой мальчик массой 1600 г. Плацента весила 300 г и была охарактеризована как инфарктная. У ребенка развился респираторный дистресс-синдром, который поддавался лечению. Ребенок умер внезапно на 3-й день. При вскрытии обнаружены

обширные легочные гиалиновые мембраны и массивное внутрижелудочковое кровоизлияние.

Причины перинатальной смерти:

- a) Внутрижелудочковое кровоизлияние
- b) Респираторный дистресс-синдром
Задсржка развития плода
- c) Недостаточность плаценты
- d) Бактериурия при беременности
Кесарево сечение

Пример 3. У женщины с диагностированным сахарным диабетом, который недостаточно контролировался на протяжении ее первой беременности, на 32-й неделе беременности развилась мегалобластная анемия. В 38 нед были вызваны роды. В результате спонтанных родов родился ребенок массой 3200 г. У ребенка развилась гипогликемия, и на второй день он умер. На вскрытии обнаружено незаращение артериального ствола.

Причины перинатальной смерти:

- a) Незаращение артериального ствола
- b) Гипогликемия
- c) Сахарный диабет
- d) Мегалобластная ансмия
- e) —

Пример 4. Женщина 30 лет, имсющая 4-летнего здорового мальчика. Беременность протекала нормально, если не считать многоводия. При рентгеновском обследовании в 36 нед была обнаружена анэнцефалия плода. Были вызваны роды. Родился мертвый плод массой 1500 г с анэнцефалией.

Причины перинатальной смерти:

- a) Анэнцефалия
- b) —
- c) Многоводие
- d) —
- e) —

4.3.3 Составление статистических таблиц по причинам перинатальной смерти

Для статистики перинатальной смертности на основании свидетельств, форма которых приведена на с. 100, наиболее всего подходит полно-масштабный анализ по множественным причинам всех зарегистриро-

ванных состояний. Там, где это неосуществимо, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного (раздел “а”) и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного (раздел “с”), 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 для всех возрастных групп), следует выбирать основное заболевание или состояние плода или новорожденного (раздел “а”).

4.3.4 Кодирование причин смерти

Каждое состояние, записанное в разделах “а”, “b”, “с” и “d”, следует кодировать отдельно. Состояния матери, оказавшие влияние на новорожденного или плод и записанные в разделах “с” и “d”, необходимо кодировать рубриками P00—P04; эти рубрики не следует использовать для кодирования состояний, записанных в разделе “а” и “b”. Состояния плода или новорожденного, записанные в разделе “а”, можно кодировать любыми рубриками, кроме рубрик P00—P04, однако в большинстве случаев нужно использовать рубрики P05—P96 (Перинатальные состояния) или Q00—Q99 (Врожденные аномалии). Для кодирования состояний, записанных в разделах “а” и “с”, используют только по одному коду, а для кодирования состояний, записанных в разделах “b” и “d”, следует употреблять столько кодов, сколько указано состояний.

Раздел “e” 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 разделе “e” по единичной причине, то в классах XX и XXI можно подобрать некоторые подходящие рубрики; если же это не удастся сделать, пользователи этой статистики должны разработать свою собственную систему кодирования этой информации.

4.3.5 Правила кодирования

Правила выбора причин, используемые для статистической разработки данных общей смертности, неприменимы к свидетельству о причине перинатальной смерти. Может случиться, что в полученных свидетельствах причины смерти не будут записаны в соответствии с указанными выше правилами. Всякий раз, когда это возможно, такие свидетельства должны быть исправлены теми, кто их заполнил, в противном случае предлагается руководствоваться следующими правилами.

Правило П1. Сведения о механизме смерти или недоношенности записаны в разделе "а"

Если в разделе "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 разделе "а" или разделе "b", то кодируют первое из упомянутых этих других состояний, как если бы оно одно было указано в разделе "а"; состояние, фактически указанное в разделе "а", кодируют так, как если бы оно было записано в разделе "b".

<i>Пример 1:</i>	Живорожденный; смерть в возрасте 4 дней	Коды
a)	Недоношенность	Q05.9
b)	Spina bifida	P07.3
c)	Недостаточность плаценты	P02.2
d)	—	

Недоношенность кодируют, как если бы она была записана в разделе "b", а spina bifida — как если бы это состояние было записано в разделе "а".

<i>Пример 2:</i>	Живорожденный; смерть через 50 мин после рождения	Коды
a)	Тяжелая родовая асфиксия	Q03.9
	Гидроцефалия	
b)	—	P21.0
c)	Затрудненные роды	P03.1
d)	Тяжелая преэклампсия	P00.0

Тяжелую родовую асфиксию кодируют, как если бы она была записана в разделе "b", а гидроцефалию — как если бы это состояние было записано в разделе "а".

Правило П2. Два или более состояний записаны в разделе "а" или "с"

Если два или более состояний записаны в разделе "а" или разделе "с", кодируют первое из упомянутых состояний, как если бы оно одно было записано в разделе "а" или разделе "с", а другие состояния кодируют так, как если бы они находились в разделах "b" или "d".

<i>Пример 3:</i>	Мертворожденный; смерть наступила до начала родов	Коды
a)	Тяжелая недостаточность питания плода	P05.0
	"Маловесный" для данного срока	
	Дородовая аноксия	
b)	—	P20.9
c)	Тяжелая преэклампсия	P00.0
	Предлежание плаценты	

d) — P02.0

“Маловесный” для срока при недостаточности питания плода кодируют в разделе “a”, а дородовую аноксию — в разделе “b”; тяжелую преэклампсию кодируют в разделе “c”, а предлежание плаценты — в разделе “d”.

Пример 4:	Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней	Коды
a)	Травматическое субдуральное кровоизлияние	P10.0
	Массивная аспирация мекония	
	Внутриматочная аноксия	
b)	Гипогликемия	P24.0
	Переносенная беременность	P20.9
		P70.4
		P08.2
c)	Родоразрешение при помощи щипцов	P03.2
d)	Тяжелая преэклампсия	P00.0

Травматическое субдуральное кровоизлияние кодируют в разделе “a”, а другие состояния, записанные в разделе “a”, кодируют в разделе “b”.

Правило ПЗ. Отсутствие записей в разделе “a” или разделе “c”

Если в разделе “a” нет записей, но записи о состоянии новорожденного или плода имеются в разделе “b”, кодируют первое из упомянутых в разделе “b” состояний, как если бы оно было указано в разделе “a”; если записей нет ни в разделе “a”, ни в разделе “b”, для кодирования в разделе “a” используют 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 записей в разделе “c”, но имеются записи о состоянии матери в разделе “d”, кодируют первое из упомянутых в разделе “d” состояний, как если бы оно было указано в разделе “c”; если отсутствуют записи в разделе “c” и “d”, используют в разделе “c” какой-либо искусственный код (например, xxx.x), чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

Пример 5:	Живорожденный; смерть через 15 мин после рождения	Коды
a)	—	P10.4
b)	Разрыв мозжечкового намета	P22.0
	Респираторный дистресс-синдром	
c)	—	xxx.x
d)	—	

Разрыв мозжечкового намета кодируют в разделе "а"; в разделе "с" используют код xxx.x.

<i>Пример 6:</i>	Живорожденный; смерть в возрасте 2 дней	Коды
	a) —	P95
	b) —	
	c) —	P00.0
	d) Эклампсия (продолжительная эссенциальная гипертензия)	

Неуточненную причину перинатальной смерти кодируют в разделе "а", а эклампсию — в разделе "с".

Правило П4. Состояния, ошибочно записанные в другом разделе

Если состояние матери (т.е. состояние, относящееся к рубрикам P00—P04) записано в разделе "а" или "b" или если состояние новорожденного или плода указано в разделе "с" или "d", кодируют эти состояния так, как если бы они были записаны в соответствующих им разделах.

Если состояние, классифицируемое как состояние новорожденного или плода или как состояние матери, ошибочно внесено в раздел "e", его кодируют как прочее состояние плода или матери соответственно в разделах "b" или "d".

<i>Пример 7:</i>	Мертворожденный; смерть наступила после начала родов	Коды
	a) Тяжелая внутриутробная гипоксия	P20.9
	b) Роды в устойчивом затылочном предлежании	
	c) —	P03.1
	d) —	P03.2
	e) Тяжелое родоразрешение с помощью щипцов	

Роды в затылочном предлежании кодируют в разделе "с"; тяжелое родоразрешение с помощью щипцов кодируют в разделе "d".

4.4 Заболеваемость

Во время действия Шестого пересмотра МКБ, утвержденного в 1948 г. было получено много просьб от руководителей здравоохранения, служб социального обеспечения и исследователей в различных областях медицинской науки о создании классификации, подходящей для анализа заболеваемости. Поэтому в ответ на эти просьбы МКБ была приспособлена для классификации данных о заболеваемости в дополнение к ее традиционному использованию, и ее применение в аспекте заболе-

ваемости постепенно расширяется с каждым пересмотром. Данные заболеваемости все чаще используют при планировании программ и политики в области здравоохранения, их осуществлении, мониторинге и оценке, в эпидемиологии, в выявлении групп населения, подверженных повышенному риску, и в клинических исследованиях (включая изучение частоты болезней в разных социально-экономических группах).

Состояние, которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, — это основное состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. Основное состояние определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов. Если диагноз не установлен, то в качестве основного состояния следует выбрать ведущий симптом, отклонение от нормы или проблему.

Помимо основного состояния, в медицинских документах по возможности следует перечислять отдельно другие состояния или проблемы, которые имели место в течение соответствующего эпизода медико-санитарной помощи. Другие состояния определяют как такие состояния, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на ведение пациента. Состояния, которые связаны с более ранним эпизодом и которые не оказывают влияние на текущий эпизод, регистрировать не следует.

Ограничение анализа разработкой по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости по множественным причинам, с тем чтобы дополнить обычные данные. Это следует делать в соответствии с местными правилами, поскольку никаких международных правил не существует. Для разработки местных подходов может быть полезен опыт других регионов.

4.4.1 Порядок записи диагностической информации для анализа данных о заболеваемости по единичному состоянию

Общие положения

Практикующий врач, ответственный за лечение пациента, для каждого случая оказания медицинской помощи должен выбрать основное со-

стояние, которое следует зарегистрировать, и любые другие состояния. Эту информацию следует организовать систематизированно путем применения стандартных методов записи. Правильно заполненный регистрационный документ необходим для качественного ведения пациента и является ценным источником эпидемиологической и другой статистической информации о заболеваемости и других проблемах, имеющих отношение к медико-санитарной помощи.

Специфичность и точность

Каждая диагностическая формулировка должна быть как можно более информативной, чтобы данное состояние можно было отнести в наиболее подходящую для него рубрику МКБ. Примеры таких диагностических формулировок приведены ниже:

- переходно-клеточный рак треугольника мочевого пузыря
- острый аппендицит с перфорацией
- диабетическая катаракта, инсулинозависимая
- менингококковый перикардит
- антенатальная помощь при гипертензии, вызванной беременностью
- диплопия вследствие аллергической реакции на назначенный антигистаминный препарат
- остеоартрит тазобедренного сустава вследствие старого перелома бедренной кости
- перелом шейки бедренной кости вследствие падения дома
- ожог ладони третьей степени

Неопределенные диагнозы или симптомы

Если к концу эпизода медицинской помощи точный диагноз не установлен, то следует зарегистрировать ту информацию, которая позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование. Это следует делать путем записи симптома, отклонения от нормы или проблемы, а не путем такой формулировки диагноза, как “возможный”, “сомнительный”, “предполагаемый”, в случае, когда он подразумевается, но окончательно не установлен.

Обращение в учреждения здравоохранения по причинам, не относящимся к заболеваниям

Эпизоды медицинской помощи или обращения в учреждения здравоохранения не ограничиваются лечением или обследованием по поводу текущей болезни или травмы. Обращение может иметь место и тогда, когда лицо, в настоящее время не являющееся больным, просит или получает определенную медицинскую помощь или услуги; детали со-

ответствующих обстоятельств следует регистрировать в качестве “основного состояния”.

Примерами таких обстоятельств являются:

- контроль за состоянием, по поводу которого ранее проводилось лечение
- иммунизация
- подбор противозачаточных средств, антенатальная и послеродовая помощь
- наблюдение за состоянием здоровья подверженных риску ввиду личного или семейного анамнеза
- обследование здоровых лиц, например при оформлении страховки или по профессиональным причинам
- случаи обращений за консультативной помощью, имеющей отношение к здоровью
- обращение за консультативной помощью лиц, имеющих социальные проблемы
- консультация по поручению третьего лица.

В классе XXI (Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения) имеется широкий диапазон рубрик (Z00—Z99) для классификации данных обстоятельств; упоминание этого класса дает представление о той информации, которая необходима для отнесения этих обстоятельств в наиболее соответствующую им рубрику.

Множественные состояния

В тех случаях, когда эпизод медицинской помощи имеет отношение к нескольким связанным состояниям [например, множественные травмы, множественные последствия предыдущей болезни или травмы или множественные состояния вследствие болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)], одно из этих состояний, очевидно, являющееся более тяжелым и влекущее наибольшие расходы, чем остальные состояния, следует регистрировать как “основное состояние”, а остальные — как “другие состояния”. В тех случаях, когда отсутствует одно превалирующее состояние, такой термин, как “множественные переломы”, “множественные травмы головы” или “ВИЧ-болезнь с множественными инфекциями”, может быть зарегистрирован в качестве “основного состояния”, которое следует сопроводить перечнем состояний. Если имеется ряд таких состояний, причем ни одно из них не доминирует, то следует зарегистрировать одну из таких формулировок как “множественные травмы” или “множественные травмы с размождением тканей”.

Состояния, являющиеся следствием воздействия внешних причин

В случаях регистрации таких состояний, как травма, отравление или другое воздействие внешних причин, важно в полном объеме описать как характер состояния, так и обстоятельства, его вызвавшие. Например, “перелом шейки бедренной кости, вызванный падением в результате поскользывания на скользкой мостовой”, “ушиб мозга, явившееся следствием того, что пациент не справился с управлением автомобилем и последний врезался в дерево”, “случайное отравление — пациент выпил дезинфицирующее средство по ошибке вместо безалкогольного напитка” или “тяжелая форма гипотермии — пациентка упала в своем саду в холодную погоду”.

Лечение остаточных явлений болезни

Если обращение за медицинской помощью связано с лечением или обследованием по поводу остаточных явлений (последствий) болезни, которая в настоящее время отсутствует, то необходимо подробно описать остаточное явление и указать его происхождение, четко отметив при этом, что основная болезнь в настоящее время отсутствует. Например: “искривление носовой перегородки — перелом костей носа в детстве”, “контрактура ахиллова сухожилия — отдаленное последствие травм сухожилия”, “бесплодие вследствие непроходимости фаллопиевой трубы как результат перенесенного туберкулеза”.

В случае, когда имеют место множественные остаточные явления болезни, а лечение или обследование не проводятся преимущественно по поводу одного из них, используют такие формулировки, как “остаточные явления инсульта” или “остаточные явления множественных переломов”.

4.4.2 Принципы кодирования “основного состояния” и “других состояний”

Общие положения

“Основное состояние” и “другие состояния”, относящиеся к данному эпизоду медицинской помощи, должен указывать лечащий врач, и кодирование в таких случаях не представляет трудностей, поскольку для кодирования и обработки данных следует взять обозначенное “основное состояние”, если только не будет ясно, что не соблюдены инструкции, представленные выше. По возможности медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным основным состоянием следует возвращать врачу для уточнения. Если сделать

это невозможно, правила MB1—MB5 (с. 118—119) помогут кодировщику справиться с наиболее часто встречающимися случаями неправильной записи. Когда кодировщику неясно, какой код следует использовать, он должен руководствоваться правилами, приведенными ниже.

Было рекомендовано записывать “другие состояния”, относящиеся к эпизодам медицинской помощи, в дополнение к основному состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ для основного состояния.

Необязательные дополнительные коды

В приведенных ниже инструкциях предпочтительный код “основного состояния” для большей информативности иногда указан вместе с необязательным добавочным кодом. Предпочтительный код, определяющий основное состояние, используют для анализа заболеваемости по единичной причине, а добавочный код можно применять при анализе заболеваемости по множественным причинам.

Кодирование состояний, к которым применяется система записи со значками “крестик” и “звездочка”

В соответствующих случаях для кодирования основного состояния следует использовать коды с крестиком и коды со звездочкой, поскольку они означают два различных подхода к одному и тому же состоянию.

Пример 1: Основное состояние: Корева пневмония
Другие состояния: —

Кодируют корь, осложненную пневмонией (B05.2†), и пневмонию при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках (J17.1*).

Пример 2: Основное состояние: Туберкулезный перикардит
Другие состояния: —

Кодируют туберкулез других уточненных органов (A18.8†) и перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (I32.0*).

Пример 3: Основное состояние: Артрит при болезни Лайма
Другие состояния: —

Кодируют болезнь Лайма (A69.2†) и артрит при болезни Лайма (M01.2*).

Кодирование предполагаемых состояний, симптомов и отклонений от нормы, а также ситуаций, не связанных с болезнью

Если эпизод медицинской помощи имел место в стационаре, кодирующий должен соблюдать осторожность при кодировании основного состояния рубриками классов XVIII и XXI. Если к концу госпитализации более точный диагноз не поставлен или если имели место действительно неcodируемая болезнь или травма, то можно применять коды из вышеупомянутых классов (см. также правила MB3 и MB5, с. 119). Эти рубрики можно использовать обычным порядком для других эпизодов обращения в учреждения здравоохранения.

Если после эпизода медицинской помощи основное состояние все еще записано как "предполагаемое", "сомнительное" и т.д. и нет дополнительной информации или уточнения, то предполагаемый диагноз следует кодировать так, как если бы он был установлен. Рубрика Z03.— (Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние) предназначена для кодирования предполагаемых диагнозов, которые могут быть исключены после обследования.

Пример 4: Основное состояние: Подозрение на острый холецистит
Другие состояния: —

Кодируют острый холецистит (K81.0) как "основное состояние".

Пример 5: Основное состояние: Пациентка госпитализирована для обследования по подозрению на злокачественное новообразование шейки матки — этот диагноз исключен

Кодируют обследование по подозрению на злокачественное новообразование (Z03.1) как "основное состояние".

Пример 6: Основное состояние: Инфаркт миокарда исключен
Другие состояния: —

Кодируют обследование по подозрению на инфаркт миокарда (Z03.4) как "основное состояние".

Пример 7: Основное состояние: Сильное носовое кровотечение
Другие состояния: —

Пациент находится в стационаре один день. За это время никакие процедуры и обследования не проводились.

Кодируют носовое кровотечение (R04.0). Это допустимо,

так как очевидно, что больной был госпитализирован исключительно для оказания неотложной помощи.

Кодирование множественных состояний

В тех случаях, когда множественные состояния записаны в соответствии с рубрикой “Множественные ...” и ни одно из этих состояний не обозначено как доминирующее, код для рубрики “Множественные ...” следует использовать в качестве предпочтительного, а коды для перечисленных конкретных состояний могут быть добавлены в качестве факультативных.

Такое кодирование применяют главным образом к состояниям, связанным с ВИЧ-болезнью, к травмам и последствиям болезненных состояний.

Кодирование комбинированными рубриками

В МКБ имеются некоторые рубрики для тех случаев, когда два болезненных состояния или одно состояние и связанный с ним вторичный процесс могут быть представлены одним кодом. Такие комбинированные рубрики могут быть использованы для кодирования основного состояния при наличии соответствующей информации. В Алфавитном указателе такие комбинированные рубрики представлены в виде отступа с предлогом “с”, которые располагаются сразу же за ведущим термином. Два или более состояния, записанные как “основное состояние”, могут быть связаны, если одно из них можно рассматривать как прилагательное, определяющее другое.

Пример 8: Основное состояние: Почечная недостаточность
Другие состояния: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек
Кодируют гипертоническую болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью (I12.0) как “основное состояние”.

Пример 9: Основное состояние: Вторичная глаукома, вызванная воспалительным заболеванием глаза
Другие состояния: —
Кодируют вторичную глаукому, вызванную воспалительным заболеванием глаза (H40.4) как “основное состояние”.

Пример 10: Основное состояние: Непроходимость кишечника
Другие состояния: Левосторонняя паховая грыжа

Кодируют одностороннюю или неуточненную паховую грыжу с непроходимостью кишечника без гангрены (K40.3).

Пример 11: Основное состояние: Катаракта. Инсулинзависимый сахарный диабет
Другие состояния: Гипертензия
Профиль отделения: Офтальмология
Кодируют инсулинзависимый сахарный диабет с поражениями глаз (E10.3 †) и диабетическую катаракту (H28.0*) как “основное состояние”.

Пример 12: Основное состояние: Инсулиннезависимый сахарный диабет
Другие состояния: Гипертензия
Ревматоидный артрит
Катаракта
Профиль отделения: Общая терапия
Кодируют инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений (E11.9) как “основное состояние”. Следует отметить, что в данном примере нельзя связывать катаракту с диабетом, так как они не оба записаны в качестве “основного состояния”.

Кодирование внешних причин заболеваемости

В отношении травм и других состояний, вызванных внешними причинами, рекомендуется кодировать как природу состояния, так и обстоятельства, связанные с внешней причиной. Предпочтительным кодом “основного состояния” должен быть тот, который отражает природу состояния. Такой код будет обычно, но не всегда, определяться рубрикой класса XIX. Код класса XX, указывающий на внешнюю причину, следует использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 13: Основное состояние: Перелом шейки бедренной кости, причиной которого явилось падение в результате спотыкания на неровной мостовой
Другие состояния: Ушибы локтя и плеча

Кодируют перелом шейки бедренной кости (S72.0) как “основное состояние”. В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код внешней причины для обозначения падения на поверхность одного уровня в результате поскользывания, ложного шага или спотыкания на улице или на шоссе (W01.4).

Пример 14: Основное состояние: Тяжелая форма гипотермии — пациентка упала в своем саду в холодную погоду

Другие состояния: Старость

Кодируют тяжелую форму гипотермии (Т68) как “основное состояние”. В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код внешней причины для воздействия чрезмерно низкой температуры в домашних условиях (Х31.0).

Пример 15: Основное состояние: Диплопия вследствие аллергической реакции на назначенный антигистаминный препарат

Другие состояния: —

Кодируют диплопию (Н53.2) как “основное состояние”. В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код внешней причины для обозначения побочных эффектов противоаллергических и противорвотных лекарственных средств при терапевтическом применении (У43.0).

Пример 16: Основное состояние: Гемоглобинурия, вызванная тренировкой для марафонского бега (тренировка на открытой беговой дорожке стадиона)

Другие состояния: —

Кодируют гемоглобинурию вследствие гемолиза, вызванного другими внешними причинами (D59.6), как “основное состояние”. В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код внешней причины для обозначения перегрузки и чрезмерных повторяющихся движений при спортивной или атлетической деятельности (Х50.3).

Кодирование последствий отдельных состояний

МКБ предусматривает ряд рубрик под заголовком “Последствие отдельных состояний” (В90—В94, Е64.—, Е68, G09, I69.—, О97, Т90—Т98, У85—У89), которые можно использовать для обозначения уже не существующего в настоящий момент состояния как причины необходимости в лечении или обследовании в данный момент. Предпочтительным кодом для “основного состояния” является, однако, код природы самого последствия, к которому в качестве необязательного добавочного кода может быть добавлен код “Последствие отдельных состояний”.

В тех случаях, когда имеет место ряд различных очень специфических последствий и ни одно из них не доминирует по тяжести и по использованию ресурсов на лечение, допускается в качестве "основного состояния" указывать описание "Последствий..." и тогда это можно закодировать соответствующей рубрикой. Следует отметить, что для применения этого подхода достаточно того, чтобы состояние, послужившее причиной последствий, описывалось как "старое", "в настоящее время отсутствует" и т.д. или чтобы результирующее состояние описывалось как "отдаленное последствие..." или "последствие ...". Минимальный промежуток времени не установлен.

Пример 17: Основное состояние: Дисфазия как результат старого инфаркта мозга

Другие состояния: —

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

Пример 18: Основное состояние: Остеоартрит тазобедренного сустава вследствие старого перелома бедренной кости в результате дорожно-транспортного несчастного случая 10-летней давности

Другие состояния: —

Кодируют другой посттравматический коксартроз (M16.5) как "основное состояние". Коды, предназначенные для описания последствий перелома бедренной кости (T93.1) и последствия дорожно-транспортного несчастного случая (Y85.0), можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов.

Пример 19: Основное состояние: Отдаленные последствия полиомиелита

Другие состояния: —

Кодируют последствие полиомиелита (B91) как "основное состояние", поскольку другая информация отсутствует.

Кодирование острых и хронических состояний

Если записано, что основное состояние является как острым (или подострым), так и хроническим, а МКБ-10 предусматривает отдельные рубрики или подрубрики для каждого из них, но не для их комбинации, то в качестве предпочтительного кода для основного состояния следует использовать рубрику острого состояния.

Пример 20: Основное состояние: Острый и хронический холецистит
Другие состояния: —

Кодируют острый холецистит (K81.0) как “основное состояние”. Код, предназначенный для хронического холецистита (K81.1), можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 21: Основное состояние: Обострение хронического обструктивного бронхита
Другие состояния: —

Кодируют хроническую обструктивную легочную болезнь с обострением (J44.1) как “основное состояние”, поскольку МКБ предусматривает соответствующий код для такой комбинации.

Кодирование заболеваний и осложнений, возникших после медицинских процедур

В классе XIX предусмотрены рубрики (T80—T88) для некоторых осложнений, связанных с хирургическими и другими процедурами, например хирургические раневые инфекции, осложнение механического происхождения, связанное с имплантированным устройством, шок и т.д. Большинство классов, относящихся к системам органов, также содержит рубрики для кодирования состояний, которые возникли либо как последствие специальных процедур и методов, либо как результат удаления органа, например синдром лимфатического отека после мастэктомии, пострадиационный гипотиреоз. Некоторые состояния (например, пневмония, эмболия легочной артерии), которые могут возникнуть в постпроцедурном периоде, не считаются самостоятельными нозологическими формами, и поэтому их кодируют обычным способом, но с целью идентификации связи с медицинской процедурой может быть добавлен факультативный дополнительный код рубрик Y83—Y84.

Когда состояния или осложнения, возникшие после медицинских процедур, записаны как основное состояние, ссылка на модификаторы и определители, имеющиеся в Алфавитном указателе, весьма существенна для нахождения правильного кода.

Пример 22: Основное состояние: Гипотиреоз после удаления щитовидной железы год назад

Другие состояния: —
Профиль отделения: Общая терапия

Кодируют послеоперационный гипотиреоз (E89.0) в качестве “основного состояния”.

- Пример 23:** Основное состояние: Сильное кровотечение после удаления зуба
 Другие состояния: Боль
 Профиль отделения: Стоматология
 Кодируют кровотечение, возникшее после медицинской процедуры (T81.0), в качестве “основного состояния”.
- Пример 24:** Основное состояние: Послеоперационный психоз после пластической операции
 Другие состояния: —
 Профиль отделения: Психиатрия
 Кодируют психоз (F09) в качестве “основного состояния” и добавляют код Y83.8 (другие уточненные хирургические процедуры [в качестве причины аномальной реакции пациента]), чтобы подчеркнуть причинную связь с медицинской процедурой.

4.4.3 Правила для повторного выбора в тех случаях, когда “основное состояние” записано неправильно

Лечащий врач должен отметить “основное состояние”, подлежащее кодированию, и его следует обычно принимать для кодирования с добавлением вышеуказанных принципов и примечаний к конкретным классам в пункте 4.4.4. Однако определенные обстоятельства или наличие другой информации могут указать на то, что лечащий врач не соблюдал правильную процедуру выбора. Если не представляется возможным получить уточнение от конкретного врача, можно применить одно из следующих правил и провести повторный выбор “основного состояния”.

Правила повторного выбора основного состояния

Правило MB1. Легкое состояние записано как “основное состояние”, более тяжелое состояние записано как “другое состояние”

Если легкое или длительно сохраняющееся состояние либо случайно возникшая проблема записаны как “основное состояние”, а более тяжелое состояние, по поводу которого больной получал помощь, и/или профиль отделения записаны как “другое состояние”, в качестве “основного состояния” повторно выбирают более тяжелое состояние.

Правило MB2. Несколько состояний записаны как “основное состояние”

Если несколько состояний, которые не могут быть закодированы вмес-

те, записаны в качестве “основного состояния”, но зарегистрированы другие подробности, указывающие на то, что одно из состояний является “основным состоянием”, по поводу которого больной и получал лечение, то выбирают это состояние. В противном случае выбирают первое из упомянутых состояний.

Правило MB3. Состояние, записанное в качестве “основного состояния”, представляет собой симптом диагностического состояния, по поводу которого проводилось лечение

Если в качестве “основного состояния” записаны симптом или признак (обычно относящиеся к классу XVIII) или проблема, относящаяся к классу XXI, которые явно представляют собой выраженный признак, симптом или проблему диагностированного состояния, записанного в другой части документа, и помощь была оказана по поводу этого последнего, повторно выбирают диагностированное состояние в качестве “основного состояния”.

Правило MB4. Специфичность

В тех случаях, когда диагноз, указанный в качестве “основного состояния”, описывает состояние лишь в общих чертах, а формулировка диагноза, которая дает более точную информацию о локализации или характере этого состояния, записана в другой части документа, повторно выбирают ее в качестве “основного состояния”.

Правило MB5. Альтернативные основные диагнозы

Если в качестве “основного состояния” записан симптом или признак с указанием, что он может быть проявлением либо одного, либо другого состояния, в качестве “основного состояния” выбирают этот симптом. Если два или более состояния записаны в качестве диагностических вариантов “основного состояния”, выбирают первое из записанных состояний.

Примеры применения правил повторного выбора основного состояния

Правило MB1. Легкое состояние записано как “основное состояние”, более тяжелое состояние записано как “другое состояние”

Если легкое или длительно сохраняющееся состояние либо случайно возникшая проблема записаны как “основное состояние”, а более тяжелое состояние, по поводу которого больной получал помощь, и/или профиль

отделения записаны как "другое состояние", в качестве "основного состояния" повторно выбирают более тяжелое состояние.

Пример 1: Основное состояние: Острый синусит
 Другие состояния: Рак слизистой канала шейки матки
 Гипертензия
 Больная находилась в больнице в течение 3 нед
 Процедура: Тотальная гистерэктомия
 Профиль отделения: Гинекология
 Повторно выбирают рак слизистой канала шейки матки в качестве "основного состояния" и кодируют подрубрикой C53.0.

Пример 2: Основное состояние: Ревматоидный артрит
 Другие состояния: Сахарный диабет
 Ущемленная бедренная грыжа
 Генерализованный атеросклероз
 Больной находился в больнице в течение 2 нед
 Процедура: Грыжесечение
 Профиль отделения: Хирургия
 Повторно выбирают ущемленную бедренную грыжу в качестве "основного состояния" и кодируют подрубрикой K41.3.

Пример 3: Основное состояние: Эпилепсия
 Другие состояния: Отомикоз
 Профиль отделения: Ухо, горло, нос
 Повторно выбирают отомикоз в качестве "основного состояния" и кодируют подрубриками V36.9† и H62.2*.

Пример 4: Основное состояние: Застойная сердечная недостаточность
 Другие состояния: Перелом шейки бедренной кости вследствие падения с кровати во время пребывания в стационаре
 Больной находился в больнице в течение 4 нед
 Процедура: Внутренняя фиксация перелома
 Профиль отделения: Терапия в течение одной недели, затем переведен в отделение ортопедической хирургии для лечения перелома
 Повторно выбирают перелом шейки бедренной кости в качестве "основного состояния" и кодируют подрубрикой S72.0.

Пример 5: Основное состояние: Кариес зубов
 Другие состояния: Ревматический митральный стеноз
 Процедура: Экстракция зубов
 Профиль отделения: Стоматология

Выбирают кариес зубов в качестве "основного состояния" и кодируют подрубрикой K02.9. Правило MB1 здесь неприменно. Хотя кариес зубов можно рассматривать как легкое состояние, а ревматический митральный стеноз — как более тяжелое состояние, последнее не было поводом для лечения в ходе данного эпизода медицинской помощи.

Правило MB2. Несколько состояний записаны как "основное состояние"

Если несколько состояний, которые не могут быть закодированы вместе, записаны в качестве "основного состояния", но зарегистрированы другие подробности, указывающие на то, что одно из состояний является "основным состоянием", по поводу которого больной и получал лечение, то выбирают это состояние. В противном случае выбирают первое из упомянутых состояний.

Примечание. См. также с. 113 относительно кодирования множественных состояний и использования комбинационных рубрик.

Пример 6: Основное состояние: Катаракта
 Стафилококковый менингит
 Ишемическая болезнь сердца
 Другие состояния: —
 Больной находился в больнице в течение 5 нед
 Профиль отделения: Неврология

Выбирают стафилококковый менингит в качестве "основного заболевания" и кодируют подрубрикой G00.3.

Пример 7: Основное состояние: Хронический обструктивный бронхит
 Гипертрофия предстательной железы
 Псориаз обыкновенный
 Другие состояния: Больной находился под наблюдением дерматолога в амбулаторных условиях

Выбирают псориаз обыкновенный в качестве "основного состояния" и кодируют подрубрикой L40.0.

Пример 8: Основное состояние: Митральный стеноз

Острый бронхит
Ревматоидный артрит
—
Другие состояния:
Профиль отделения: Общая терапия
Отсутствует информация о проведенном лечении
Выбирают митральный стеноз, первое из упомянутых состояний, в качестве "основного состояния" и кодируют подрубкой I05.0.

Пример 9: Основное состояние: Хронический гастрит
Вторичные злокачественные новообразования в подмышечных лимфатических узлах
Рак молочной железы
—
Другие состояния:
Процедура: Удаление молочной железы
Выбирают злокачественное новообразование молочной железы в качестве "основного состояния" и кодируют подрубкой C50.9.

Пример 10: Основное состояние: Преждевременный разрыв плодных оболочек
Тазовое предлежание
Анемия
—
Другие состояния:
Процедура: Самопроизвольное родоразрешение
Выбирают преждевременный разрыв плодных оболочек, первое из упомянутых состояний, в качестве "основного состояния" и кодируют подрубкой O42.9.

Правило MB3. Состояние, записанное в качестве "основного состояния", представляет собой симптом диагностированного состояния, по поводу которого проводилось лечение

Если в качестве "основного состояния" записаны симптом или признак (обычно относящийся к классу XVIII) или проблема, относящаяся к классу XXI, которые явно представляют собой выраженный признак, симптом или проблему диагностированного состояния, записанного в другой части документа, и помощь была оказана по поводу этого последнего, повторно выбирают диагностированное состояние в качестве "основного состояния".

Пример 11: Основное состояние: Гематурия
Другие состояния: Варикозное расширение вен ног

Лечение: Папиллома задней стенки моче-
вого пузыря
Диатермическое удаление папил-
ломы
Профиль отделения: Урология
В качестве “основного состояния” повторно выбирают
папиллому задней стенки мочевого пузыря и кодируют
подрубрикой D41.4.

Пример 12: Основное состояние: Кома
Другие состояния: Ишемическая болезнь сердца
Отосклероз
Сахарный диабет, инсулинзави-
симый
Профиль отделения: Эндокринология
Медицинская помощь: Подбор правильной дозы инсулина
В качестве “основного состояния” повторно выбирают
сахарный диабет, инсулинзависимый, и кодируют подруб-
рикой E10.0. Представленная информация показывает,
что кома была следствием сахарного диабета и ее следует
принимать во внимание, так как она модифицирует ко-
дирование.

Пример 13: Основное состояние: Боль в животе
Другие состояния: Острый аппендицит
Процедура: Аппендэктомия
В качестве “основного состояния” повторно выбирают
острый аппендицит и кодируют подрубрикой K35.9.

Пример 14: Основное состояние: Судороги при лихорадке
Другие состояния: Анемия
Отсутствует информация о проведенном лечении
В качестве “основного состояния” принимают судороги
при лихорадке и кодируют подрубрикой R56.0. Правило
MB3 неприменимо, поскольку состояние, записанное в
качестве “основного”, не является наиболее выраженным
симптомом другого зарегистрированного состояния.

Правило MB4. Специфичность

В тех случаях, когда диагноз, указанный в качестве “основного состо-
яния”, описывает состояние лишь в общих чертах, а формулировка
диагноза, которая дает более точную информацию о локализации или
характере этого состояния, записана в другой части документа, повтор-
но выбирают ее в качестве “основного состояния”.

- Пример 15:** Основное состояние: Инсульт
 Другие состояния: Сахарный диабет
 Гипертензия
 Кровоизлияние в мозг
 В качестве "основного состояния" повторно выбирают кровоизлияние в мозг и кодируют подрубрикой I61.9.
- Пример 16:** Основное состояние: Врожденная болезнь сердца
 Другие состояния: Дефект межжелудочковой перегородки
 В качестве "основного состояния" повторно выбирают дефект межжелудочковой перегородки и кодируют подрубрикой Q21.0.
- Пример 17:** Основное состояние: Энтерит
 Другие состояния: Болезнь Крона подвздошной кишки
 В качестве "основного состояния" повторно выбирают болезнь Крона подвздошной кишки и кодируют подрубрикой K50.0.
- Пример 18:** Основное состояние: Затрудненные роды
 Другие состояния: Гидроцефалия плода
 Дистресс у плода
 Процедура: Кесарево сечение
 В качестве "основного состояния" повторно выбирают затрудненные роды вследствие других аномалий плода и кодируют подрубрикой O66.3.

Правило MB5. Альтернативные основные диагнозы

Если в качестве "основного состояния" записан симптом или признак с указанием, что он может быть проявлением либо одного, либо другого состояния, в качестве "основного состояния" выбирают этот симптом. Если два или более состояния записаны в качестве диагностических вариантов "основного состояния", выбирают первое из записанных состояний.

- Пример 19:** Основное состояние: Головная боль вследствие либо стресса и напряжения, либо острого синусита
 Другие состояния: —
 В качестве "основного состояния" выбирают головную боль и кодируют рубрикой R51.

Пример 20: Основное состояние: Острый холецистит или острый панкреатит
Другие состояния: —
В качестве “основного состояния” выбирают острый холецистит и кодируют подрубрикой K81.0.

Пример 21: Основное состояние: Гастроэнтерит вследствие инфекции или пищевого отравления
Другие состояния: —
В качестве “основного состояния” выбирают инфекционный гастроэнтерит и кодируют рубрикой A09.

4.4.4 Примечания к конкретным классам

Ниже приводятся инструктивные указания для конкретных классов, в которых могут возникнуть проблемы при выборе предпочтительного кода для “основного состояния”. Предшествовавшие общие инструктивные указания и правила применимы для всех классов, если примечания к конкретным классам не требуют иного подхода.

Класс I: Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

B20—B24 Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Пациенту с нарушениями иммунной системы вследствие болезни, вызванной ВИЧ, может иногда требоваться медицинская помощь по поводу более чем одной болезни в течение одного и того же эпизода обращения, например по поводу микобактериальной и цитомегаловирусной инфекций. В этом блоке даны рубрики и подрубрики для болезни, вызванной ВИЧ, и сопутствующих ей различных заболеваний. Кодировать соответствующую подрубрику для “основного состояния” по выбору лечащего врача.

Если в качестве “основного состояния” записана болезнь, вызванная ВИЧ, с сопутствующими множественными болезнями, следует кодировать соответствующую подрубрику с четвертым знаком .7 из блока B20—B22. Состояния, классифицируемые в двух или более подрубриках одной и той же рубрики, кодируют подрубрикой с четвертым знаком .7 соответствующей рубрики (например, B20 или B21). Подрубрику B22.7 следует использовать в тех случаях, когда имеются состояния, классифицируемые в двух или более рубриках блока B20—B22. При необходимости можно использовать дополнительные коды в

рамках рубрик В20—В24 для обозначения отдельных перечисленных состояний.

В тех редких случаях, когда связанное состояние явно предшествует возникновению ВИЧ-болезни, комбинацию состояний не следует кодировать и необходимо следовать правилам выбора.

Пример 1: Основное состояние: Болезнь, вызванная ВИЧ, и саркома Капоши
Другие состояния: —
Кодируют ВИЧ-болезнь, вызвавшую саркому Капоши (В21.0).

Пример 2: Основное состояние: Токсоплазмоз и криптококкоз у больного с ВИЧ-инфекцией
Другие состояния: —
Кодируют болезнь, вызванную ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций (В20.7), В20.8 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней) и В20.5 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов); можно, если необходимо, использовать в качестве дополнительных кодов.

Пример 3: Основное состояние: Болезнь, вызванная ВИЧ, с пневмонией, вызванной *Pneumocystis carinii*, лимфомой Беркитта и кандидозом полости рта
Другие состояния: —
Кодируют болезнь, вызванную ВИЧ, с проявлениями множественных болезней (В22.7). При желании можно использовать дополнительные коды В20.6 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*), В21.1 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта) и В20.4 (Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза).

Подрубрики в блоке рубрик В20—В23 являются необязательными четырехзначными кодами только для стран, использующих четырехзначный вариант МКБ-10. В тех случаях, когда нет желания использовать эти необязательные четырехзначные подрубрики, коды из других разделов классификации следует использовать в качестве дополнительных для идентификации конкретных результирующих состояний. В приведенном выше примере 1 “основное состояние” следует кодировать рубрикой В21 (Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита

человека, проявляющаяся в виде злокачественных новообразований). Код С46.9 (Саркома Капоши) используют в качестве дополнительного кода. В приведенном выше примере 2 “основное состояние” следует кодировать рубрикой В20 (Болезнь, вызванная ВИЧ, проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней). Коды В58.9 (Токсоплазмоз неуточненный) и В45.9 (Криптококкоз неуточненный) используют в качестве дополнительных кодов.

Вопрос о том, использовать ли четырехзначные подрубрики рубрик В20—В23 или придерживаться кодирования по множественным причинам для идентификации конкретных состояний, является вопросом политики, который должен быть решен к моменту принятия МКБ—10.

В90—В94 Последствия инфекционных и паразитарных болезней

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочитаемых кодов для “основного состояния”, если указана природа остаточного явления. При кодировании остаточных явлений рубрики В90—В94 можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов (см. с. 115 — Кодирование последствий некоторых состояний).

В95—В97 Бактериальные, вирусные и другие инфекционные агенты

Эти рубрики не следует использовать в качестве кодов “основного состояния”. Они предназначены для факультативного использования в качестве дополнительных кодов при идентификации инфекционного агента или возбудителя болезней, классифицируемых за пределами класса I. Инфекции неуточненной локализации, вызванные этими агентами, классифицируются в других рубриках класса I.

Пример 4: Основное состояние: Острый цистит, вызванный *E.coli*
Другие состояния: —

В качестве “основного состояния” кодируют острый цистит (N30.0). Подрубрику В96.2 (*E.coli* как причина болезни, классифицированной в других классах) можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

Пример 5: Основное состояние: Бактериальная инфекция
Другие состояния: —

В качестве “основного состояния” кодируют бактериальную инфекцию неуточненную (А49.9), рубрики В95—В97 не используют для кодирования.

Класс II. Новообразования

При кодировании новообразований следует руководствоваться примечаниями, содержащимися во введении к классу II в т. 1, а также положениями введения к Алфавитному указателю (т. 3), касающимися выбора кодов и использования морфологических описаний.

Новообразование, независимо от того, является ли оно первичным или метастатическим, которое находится в центре внимания в течение соответствующего эпизода медицинской помощи, следует записывать и кодировать как "основное состояние". Если "основным состоянием", указанным лечащим врачом, является первичное новообразование, которого больше не существует (поскольку его удалили в течение предшествующего эпизода помощи), в качестве "основного состояния" кодируют новообразование вторичной локализации, текущее осложнение или соответствующее обстоятельство, подлежащее кодированию в классе XXI (см. с. 108 Обращение в учреждения здравоохранения по причинам, не относящимся к заболеваниям), которые были объектом лечения или исследования в течение текущего эпизода помощи. В качестве необязательного дополнительного кода можно использовать соответствующую рубрику из класса XXI, кодирующую наличие новообразования в анамнезе пациента.

Пример 6: Основное состояние: Рак предстательной железы
Другие состояния: Хронический бронхит
Процедура: Простатэктомия

В качестве "основного состояния" кодируют злокачественное новообразование предстательной железы (C61).

Пример 7: Основное состояние: Рак молочной железы — резекция
имела место 2 года назад
Другие состояния: Вторичный рак легкого
Процедура: Бронхоскопия с биопсией

В качестве "основного состояния" кодируют вторичное злокачественное новообразование легкого (C78.0). Под-
рубрика Z85.3 (Злокачественное новообразование молочной
железы в личном анамнезе) может быть использована
в качестве необязательного дополнительного кода.

Пример 8: Основное состояние: Ранее имевшая место операция по
удалению рака мочевого пузыря;
госпитализация для контрольного
обследования путем проведения
цистоскопии
Другие состояния: —
Процедура: Цистоскопия

В качестве “основного состояния” кодируют контрольное обследование после хирургического вмешательства по поводу злокачественного новообразования (Z08.0). Подрубрику Z85.5 (В личном анамнезе злокачественное новообразование мочевых органов) можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

C80 **Злокачественное новообразование без уточнения локализации**

C97 **Злокачественные новообразования независимой (первичной) множественной локализации**

Рубрику C80 следует использовать для кодирования “основного состояния” только в том случае, если лечащий врач четко записал это новообразование таким образом. Рубрику C97 нужно использовать в тех случаях, когда лечащий врач записывает в качестве “основного состояния” два или более независимых первичных злокачественных новообразований, ни одно из которых не является доминирующим. Дополнительные коды можно использовать для идентификации отдельных перечисленных злокачественных новообразований.

Пример 9: Основное состояние: Карциноматоз
Другие состояния: —

Кодируют злокачественное новообразование без уточнения локализации (C80).

Пример 10: Основное состояние: Множественная миелома и первичная аденокарцинома предстательной железы

Кодируют злокачественные новообразования независимой (первичной) множественной локализации (C97). В качестве необязательных дополнительных кодов можно использовать подрубрику C90.0 (Множественная миелома) и рубрику C61 (Злокачественное новообразование предстательной железы).

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм

Некоторые состояния, кодируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

Пример 11: Основное состояние: Фолиеводефицитная анемия, вызванная триметопримом
Другие состояния: —

В качестве “основного состояния” кодируют фолиеводефицитную анемию медикаментозную (D52.1). Подрубрика Y41.2 (Противомалярийные препараты и средства, действующие на других простейших, паразитирующих в крови и являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении) может быть использована в качестве необязательного дополнительного кода.

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

Отдельные состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными средствами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов.

E10—E14 Сахарный диабет

При кодировании “основного состояния” выбор соответствующей подрубрики из перечня, относящегося ко всем этим рубрикам, должен основываться на “основном состоянии”, которое было записано лечащим врачом. Подрубрику с четвертым знаком .7 следует использовать в качестве кода “основного состояния” только в том случае, если множественные осложнения диабета были записаны в качестве “основного состояния” и не было отдано предпочтение какому-либо одному осложнению. Коды для любых отдельных перечисленных осложнений можно добавлять в качестве необязательных дополнительных кодов.

Пример 12: Основное состояние: Почечная недостаточность вследствие диабетического гломеруло-нефроза

Кодируют неуточненный сахарный диабет с осложнениями со стороны почек (E14.2 † и N08.3*).

Пример 13: Основное состояние: Инсулинзависимый сахарный диабет с нефропатией, гангреной и катарактой

Другие состояния: —

Кодируют инсулинзависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E10.7). Коды E10.2 † и N08.3* (Инсулинзависимый диабет с нефропатией), E10.5 (Ин-

сулинзависимый диабет с нарушениями периферического кровообращения) и E10.3 † и N28.0* (Инсулинзависимый диабет с катарактой) можно использовать в качестве необязательных дополнительных кодов для идентификации индивидуальных осложнений.

E34.0 Карциноидный синдром

Этот код не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если записана карциноидная опухоль, за исключением тех случаев, когда эпизод помощи касался в основном эндокринного синдрома. При кодировании опухоли подрубрику E34.0 можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода для обозначения функциональной активности.

E64.— Последствия недостаточности питания и недостатки других питательных веществ

E68 Последствия избыточности питания

Эти коды не следует использовать в качестве предпочтительных для “основного состояния”, если указана природа остаточного явления. При кодировании остаточного явления рубрики E64—E68 можно использовать в качестве необязательного дополнительного кода.

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения

В этом классе даны определения содержания рубрик и подрубрик для оказания помощи лечащим врачом в установлении диагноза, эти определения должны использоваться кодировщиками. Код “основного состояния” следует присваивать на основании диагноза, записанного врачом, даже если существует противоречие между указанным состоянием и определением содержания рубрики. В некоторых рубриках предусматривается использование необязательных добавочных кодов.

Класс VI. Болезни нервной системы

Некоторые состояния, классифицируемые в этом классе, могут быть вызваны лекарственными препаратами или другими внешними причинами. Коды класса XX можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов.

G09 Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если записан характер остаточного

явления. При кодировании остаточного явления рубрику G09 можно использовать в качестве необязательного добавочного кода. Обратите внимание на тот факт, что последствия, указанные в рубриках G01*, G02*, G05* и G07*, не следует относить к рубрике G09, а скорее к рубрикам, установленным для последствий первоначального состояния, например B90—B94. Если нет рубрики, предназначенной для последствий первоначального состояния, кодируют само первоначальное состояние.

Пример 14: Основное состояние: Глухота вследствие туберкулезного менингита

Профиль отделения: Клиника речи и слуха

Кодируют потерю слуха неуточненную (H91.9) как “основное состояние”. Подрубрика B90.0 (Отдаленные последствия туберкулеза центральной нервной системы) может быть использована в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 15: Основное состояние: Эпилепсия вследствие старого абсцесса головного мозга

Профиль отделения: Неврология

В качестве “основного состояния” кодируют эпилепсию, неуточненную (G40.9). Рубрика G09 (Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы) может быть использована в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 16: Основное состояние: Легкая форма умственной отсталости вследствие постиммунизационного энцефалита

Профиль отделения: Психиатрия

В качестве “основного состояния” кодируют легкую форму умственной отсталости (F70.9). Рубрика G09 (Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы) может быть использована в качестве необязательного добавочного кода.

G81—G83 Паралитические синдромы

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если записана текущая причина, за исключением тех случаев, когда эпизод помощи касался в основном самого паралича. При кодировании причины обращения рубрики G81—G83 могут быть использованы в качестве необязательных добавочных кодов.

Пример 17: Основное состояние: Инсульт с гемиплегией

Другие состояния: —

Профиль отделения: Неврология

В качестве “основного состояния” кодируют инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт (I64). Подрубрика G81.9 (Гемиплегия неуточненная) может быть использована в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 18: Основное состояние: Инфаркт мозга трехлетней давности

Другие состояния: Паралич левой ноги

Больной получает физиотерапию

В качестве “основного состояния” кодируют моноплегию нижней конечности (G83.1). Подрубрика I69.3 (Последствия инфаркта мозга) может быть использована как необязательный добавочный код.

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата

H54.— Слепота и пониженное зрение

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод помощи касался в основном самой слепоты. При кодировании причины рубрику H54.— можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочтительных кодов для “основного состояния”, если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод помощи касался в основном самой потери слуха. При кодировании причины рубрики H90.— или H91.— можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Класс IX. Болезни системы кровообращения

I15.— Вторичная гипертензия

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если записана причина обращения, за исключением тех случаев, когда эпизод помощи касался в основном самой гипертензии. При кодировании причины обращения рубрику I15.— можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

169.— Последствия цереброваскулярных болезней

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, если указана природа остаточных явлений. При кодировании остаточных явлений рубрику 169.— можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Класс XV. Беременность, роды и послеродовой период**008.— Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью**

Эту рубрику не следует использовать в качестве предпочтительного кода для “основного состояния”, за исключением тех случаев, когда новый эпизод медицинской помощи касается исключительно лечения осложнения, например текущего осложнения ранее сделанного аборта. Эту рубрику можно использовать в качестве необязательного добавочного кода с рубриками 000—002 для идентификации сопутствующих осложнений, а также с рубриками 003—007 для более детального описания осложнения.

Обратите внимание на тот факт, что при кодировании четырехзначными подрубриками рубрик 003—007 следует обращаться к терминам, включенным в подрубрики рубрики 008.

Пример 19: Основное состояние: Трубная беременность с разрывом маточной трубы и шоком

Профиль отделения: Гинекология

В качестве “основного состояния” кодируют разрыв трубы вследствие беременности (000.1). Подрубрику 008.3 (Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью) можно использовать в качестве необязательного добавочного кода.

Пример 20: Основное состояние: Неполный аборт с перфорацией матки

Профиль отделения: Гинекология

В качестве “основного состояния” кодируют неполный аборт с другими и неуточненными осложнениями (006.3). Код 008.6 (Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью) можно добавить в качестве факультативного кода.

Пример 21: Основное состояние: Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови после

аборта, сделанного два дня назад
в другом учреждении
Профиль отделения: Гинекология

Кодируют длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью (O08.1). Никакого другого кода не требуется, поскольку аборт был сделан в ходе предшествующего эпизода медицинской помощи.

O80—O84 Роды

Использование этих кодов для обозначения “основного состояния” следует ограничивать случаями, при которых единственной записанной информацией является запись о родах или о методе ведения родов. Коды O80—O84 можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов для указания метода или типа родов в тех случаях, когда для этой цели не используют особые разделы или классификацию процедур.

Пример 22: Основное состояние: Беременность
Другие состояния: —
Процедура: Роды с наложением выходных (низких) щипцов

В качестве “основного состояния” кодируют роды с наложением низких (выходных) щипцов O81.0, поскольку другая информация отсутствует.

Пример 23: Основное состояние: Закончившаяся беременность
Другие состояния: Неудачная попытка вызвать роды
Процедура: Кесарево сечение

В качестве “основного состояния” кодируют неудачную попытку стимуляции родов неуточненную (O66.4). Код, предназначенный для родов путем кесарева сечения неуточненного (O82.9), можно использовать в качестве обязательного добавочного кода.

Пример 24: Основное состояние: Беременность, закончившаяся родами двойней
Другие состояния: —
Процедура: Самопроизвольное родоразрешение

В качестве “основного состояния” кодируют беременность двойней (O30.0). Подрубрику O84.0 (Роды многоплодные, полностью самопроизвольные) можно добавить в качестве факультативного кода.

Пример 25: Основное состояние: Роды в срок, завершившиеся рождением мертвого плода массой 2800 г
 Другие состояния: —
 Процедура: Самопроизвольное родоразрешение
 Кодировать внутриутробную гибель плода, требующую предоставляемой медицинской помощи матери (O36.4), если не может быть определена конкретная причина смерти плода.

O98—O99 *Болезни матери, классифицируемые в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период*

Имеющиеся подрубрики следует использовать в качестве кодов “основного состояния”, и им следует отдавать предпочтение перед рубриками, не входящими в класс XV, в тех случаях, когда классифицируемые состояния были указаны лечащим врачом как состояния, осложнившие беременность, сами осложнившиеся в ходе беременности или явившиеся поводом для оказания акушерской помощи. Соответствующие коды из других классов можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов для большего уточнения состояния.

Пример 26: Основное состояние: Токсоплазмоз
 Другие состояния: Не закончившаяся беременность
 Профиль отделения: Дородовая клиника для женщин, относящихся к группе повышенного риска

В качестве “основного состояния” кодируют протозойные заболевания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период (O98.6). Подрубрику B58.9 (Токсоплазмоз неуточненный) можно использовать в качестве необязательного добавочного кода для идентификации специфического возбудителя.

Класс XVIII. *Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках*

Рубрики этого класса не следует использовать в качестве кодов “основного состояния”, за исключением тех случаев, когда симптом, признак или отклонение от нормы явно представляет собой основное состояние, по поводу которого проводилось лечение или исследование в течение данного эпизода помощи, и не связан с другими состояниями.

ми, записанными лечащим врачом. Для дополнительной информации см. также Правило MB3 (с. 119) и введение к классу XVIII в т. 1.

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин

Когда записаны множественные травмы и ни одна из них не была выбрана лечащим врачом в качестве “основного состояния”, кодируют 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, т.е. S09, S19, S29 и т.д.) и
- одного типа, поразивших различные части тела (T00—T05).

Обратите внимание на следующие исключения:

- внутренние травмы, записанные с поверхностными травмами и/или только с открытыми ранами, — в качестве “основного состояния” кодируют внутренние травмы;
- переломы костей черепа и лица и связанная с этим внутричерепная травма — в качестве “основного состояния” кодируют внутричерепную травму;
- внутричерепное кровоизлияние, записанное с другими травмами только головы, — в качестве “основного состояния” кодируют внутричерепное кровоизлияние;
- переломы, записанные с открытыми ранами только той же самой локализации, — в качестве “основного состояния” кодируют перелом.

В тех случаях, когда используются рубрики множественных травм, коды для любого вида отдельных перечисленных травм могут быть использованы в качестве необязательных добавочных кодов. В случае упомянутых исключений, помимо кода основного состояния, сопутствующую травму можно идентифицировать либо посредством необязательного добавочного кода, либо посредством одного из добавочных знаков кода, предусмотренных для этой цели.

Пример 27. Основное состояние: Травма мочевого пузыря и мочеиспускательного канала

Другие состояния: —

В качестве “основного состояния” кодируют множественную травму тазовых органов (S37.7). Подрубрики S37.2 (Травма мочевого пузыря) и S37.3 (Травма мочеиспуска-

тельного канала) можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов.

Пример 28: Основное состояние: Открытая внутричерепная рана с кровоизлиянием в мозжечок

Другие состояния: —

В качестве “основного состояния” кодируют травматическое кровоизлияние в мозжечок (S06.8). В случае необходимости открытая внутричерепная рана может быть указана посредством использования дополнительного кода S01.9 (Открытая рана головы неуточненной локализации) или посредством добавочного знака .1 (с открытой внутричерепной раной) к коду S06.8 (S06.8.1).

T90—T98 *Последствия травм, отравлений и воздействия других внешних причин*

Эти рубрики не следует использовать в качестве предпочитаемых кодов для “основного состояния”, если записан характер остаточных явлений. При кодировании остаточных явлений рубрики T90—T98 можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов. -

Класс XX. *Внешние причины заболеваемости и смертности*

Рубрики этого класса не следует использовать в качестве кодов “основного состояния”. Они предназначены для использования в качестве необязательных добавочных кодов для идентификации внешних причин состояний, классифицированных в классе XIX, и могут также использоваться в качестве необязательных добавочных кодов состояний, классифицированных в любом другом классе, но вызванных внешними причинами.

5. Представление статистических данных

5.1 Введение

Этот раздел содержит правила, относящиеся к статистическим данным, предназначенным для международного сравнения, и инструкции по представлению данных на национальном и субнациональном уровнях.

Лица, ответственные за анализ данных, должны участвовать в разработке протоколов по их обработке (включая кодирование), причем это касается не только диагностических данных, но также и других показателей, используемых в перекрестных разработках.

5.2 Источник данных

Заполнение медицинского свидетельства о причине смерти обычно входит в обязанности лечащего врача. Медицинское свидетельство о причине смерти должно быть составлено в соответствии с международными рекомендациями (см. раздел 4.1.3). Административные процедуры должны гарантировать конфиденциальность данных, указанных в свидетельстве о смерти или других медицинских документах.

В случае смерти, удостоверенной судебно-медицинской экспертизой или другим работником юридической службы, медицинские данные, предоставленные этому лицу, должны быть отражены в свидетельстве, в дополнение к любым юридическим сведениям.

5.3 Уровень детализации причин в таблицах

Имеются стандартные способы включения в перечень причин, кодируемых в соответствии с МКБ, и существуют формальные рекомендации, касающиеся разработочных таблиц, позволяющих проводить международное сравнение (см. раздел 5.6). В других перечнях иерархическая структура МКБ обеспечивает разумную гибкость для возможных группировок данных.

Трех- и четырехзначные рубрики МКБ дают возможность значительной детализации. Иногда их используют для создания справочных

(ссылочных) таблиц, включающих целый ряд данных, которые не могут быть опубликованы, но хранятся в центральном учреждении, откуда по требованию может быть извлечена информация, касающаяся конкретных диагнозов. Классификацию на этом уровне также используют специалисты, заинтересованные в детальном изучении ограниченного круга диагнозов. В этих случаях большую детализацию дает кодирование на 5-значном и даже 6-значном уровне, когда используются дополнительные знаки, имеющиеся в некоторых рубриках МКБ, или один из специальных вариантов семейства классификаций.

Несмотря на то что были приняты все меры к тому, чтобы названия четырехзначных подрубрик МКБ несли смысловую нагрузку сами по себе, их время от времени следует читать совместно с названием трехзначной рубрики. В этих случаях необходимо или включать трехзначные рубрики (в их полном выражении), или использовать специально адаптированные наименования четырехзначных подрубрик, которые вполне понятны сами по себе. Существует более 2000 рубрик на трехзначном уровне, отражающих все состояния, которые могут представлять интересы для общественного здравоохранения.

В томе 1, ч. 2 (с. 601—624) имеются также специальные перечни, предназначенные для тех обстоятельств, когда трехзначный перечень слишком детализирован, и эти перечни устроены так, чтобы международное сравнение значимых болезней и групп болезней не затруднялось различными подходами к классификации, имеющими место в разных странах.

5.4 Рекомендуемые специальные перечни для статистической разработки данных о смертности

Специальные перечни для статистической разработки данных о смертности приведены в томе 1, ч. 2, с. 603—614.

5.4.1 Краткие перечни

Два кратких перечня, перечень 1 и перечень 3, предусматривают пункты для каждого класса МКБ и, кроме того, внутри большинства классов обозначают пункты отобранных перечней вместе с пунктами оставшейся части класса болезней, озаглавленными “Другие...”, что полностью охватывает рассматриваемый класс. Таким образом, эти перечни сжимают весь диапазон трехзначных рубрик МКБ до такого числа наименований, которым удобно пользоваться при подготовке различных публикаций.

5.4.2 Отобранные перечни

Два отобранных перечня, перечень 2 и перечень 4, включают в себя пункты из большинства классов МКБ, предназначенные для кодирования состояний и внешних причин, которые имеют важное значение для мониторинга и анализа состояния здоровья населения и вопросов, связанных со смертностью как на национальном, так и на международном уровнях. Классы в целом не приведены, и только несколько классов имеют остаточные рубрики, которые дают возможность получить представление о классе в целом.

5.4.3 Использование дополнительных обозначений с целью идентификации перечней для статистической разработки данных о смертности

Использование цифровых знаков, дополняющих номера пунктов перечней, предотвращает путаницу, которая может возникнуть между специальными перечнями для статистических разработок, где одни и те же состояния имеют различные номера пунктов. (Номера пунктов можно отличить от четырехзначных кодов МКБ, которые имеют букву в качестве первого знака кода.) В случаях, когда адаптированный перечень используется для национальных и внутринациональных целей, необходимо применять альтернативный идентификационный дополнительный знак.

5.4.4 Разработка перечней на местном уровне

Четыре специальных перечня служат для большинства стран адекватным источником информации о наиболее важных болезнях и внешних причинах смерти. Они также позволяют проводить сравнение через определенные промежутки времени и наблюдение за изменениями относительной частоты болезней, например инфекционных или дегенеративных, для оценки эффективности проводимых программ здравоохранения. Они дают возможность проводить сравнение между внутринациональными территориями и подгруппами населения. И, кроме того, они делают возможным обоснованное сравнение причин смерти на международном уровне.

Если нет необходимости в международном сравнении, перечни, подобные специальным перечням для статистических разработок, могут быть созданы для местного пользования. Рубрики МКБ в таком перечне могут быть выбраны и сгруппированы наиболее удобным и эффективным способом. Специальные перечни могут понадобиться, например, для мониторинга эффективности, в отношении

заболеваемости и смертности, многих местных программ здравоохранения.

При адаптации специальных перечней для статистических разработок к национальным требованиям или при их пересмотре для нового или специального проекта полезно провести пробный анализ путем простого подсчета количества случаев, попадающих в каждую трехзначную рубрику, чтобы определить, какие состояния удобно группировать в более широкие рубрики и в каких случаях необходимо использование подрубрик.

В случаях создания местного перечня необходимо, чтобы ключевые коды к уплотненным категориям включали бы в себя трехзначные (или четырехзначные) коды основной классификации.

5.5 Специальный перечень для статистической разработки данных о заболеваемости

5.5.1 Описание

Перечень для статистической разработки данных о заболеваемости содержит 298 пунктов. Этот перечень является кратким перечнем, в котором каждая рубрика включена только один раз и общий итог данных по группам болезней и классам МКБ может быть получен путем сложения последовательных пунктов.

Перечень для статистической разработки о заболеваемости должен служить основой для национальных перечней и для межгосударственного сравнения. Национальные перечни могут быть разработаны путем сокращения или расширения основной классификации. Этот перечень пригоден для обработки данных о госпитальной помощи, а при соответствующей адаптации — объединения некоторых пунктов и расширения пунктов, относящихся к классу XVIII (Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях) и классу XXI (Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения) — его можно использовать для анализа информации из других источников, таких как амбулаторная помощь и обследования населения. Когда составлен местный перечень, ключевые коды к кратким категориям должны включать в себя трехзначные (или четырехзначные) коды основной классификации.

Перечень для статистической разработки данных о заболеваемости включает номера кодов со звездочкой для использования в тех случаях,

когда код со звездочкой для двойной классификации включен в анализ. Этот перечень можно использовать для разработки данных с кодами с крестиком или с кодами со звездочкой, и поэтому важно указать, на какой основе построена та или иная таблица.

5.5.2 Модификация специального перечня для статистической разработки данных о заболеваемости в соответствии с национальными требованиями

Если после изучения частотных распределений трехзначных рубрик МКБ сделан вывод о необходимости расширения перечня, некоторые пункты с диапазоном рубрик МКБ можно разделить в соответствии с основной классификацией или даже довести до четырехзначного уровня. Если рекомендуемый перечень считается слишком детализированным или если требуется более краткий перечень, отбор рубрик можно провести, исходя из национальных или местных особенностей. В зависимости от "эпидемиологического профиля" страны рубрики можно объединить в краткий перечень.

5.6 Рекомендации, касающиеся статистических таблиц для международного сравнения

5.6.1 Статистические таблицы

Степень детализации при перекрестном классифицировании данных по причине, полу, возрасту и географической территории будет зависеть как от целей и значимости статистических данных, так и от практических ограничений таких разработок. Приводимые ниже образцы, предназначенные для облегчения международной сопоставимости данных, демонстрируют стандартные методы выражения различных характеристик. Если в публикуемых таблицах используется иной принцип группировки (например, группировки по возрасту), следует организовать эти таблицы таким образом, чтобы можно было включать содержащиеся в них данные в одну из рекомендуемых группировок.

- а) Анализ данных с использованием Международной классификации болезней необходимо проводить в соответствии с:
- i) полным перечнем трехзначных рубрик, с четырехзначными подрубриками или без них;
 - ii) одним из специальных перечней для статистической разработки данных о смертности;

- iii) специальным перечнем для статистической разработки данных о заболеваемости;
- б) Группировка по возрасту для общих целей:
 - i) до 1 года: с разбивкой по одному году до 4 лет, по пятилетиям от 5 до 84 лет, 85 лет и старше;
 - ii) до 1 года, 1—4 года, 5—14 лет, 15—24 года, 25—34 года, 35—44 года, 45—54 года, 55—64 года, 65—74 года, 75 лет и старше;
 - iii) до 1 года, 1—14 лет, 15—44 года, 45—64 года, 65 лет и старше;
- в) Классификацию по географическому признаку следует проводить в соответствии с:
 - i) каждой крупной административно-территориальной единицей;
 - ii) каждым городом или городом с пригородами с населением 1 000 000 жителей и более, в ином случае самым крупным городом с населением не менее 100 000 человек;
 - iii) комплексом городских поселений страны с населением 100 000 человек и более;
 - iv) комплексом городских поселений страны с населением менее 100 000 человек;
 - v) комплексом сельских районов страны.

Примечание 1. Статистические данные, относящиеся к пункту “в”, должны включать принятые определения городских и сельских районов.

Примечание 2. В странах, где медицинское свидетельство о причине смерти не заполняется или заполняется лишь в некоторых районах, показатели смертности, не удостоверенной медицинским персоналом, должны публиковаться отдельно.

5.6.2 Статистическая разработка данных о причинах смерти

Статистические данные о причинах смерти, относящиеся к определенной территории, необходимо представлять в соответствии с рекомендацией пункта “а” (i) или, если это невозможно, в соответствии с рекомендацией пункта “а” (ii). Их следует группировать по полу и возрастным группам согласно рекомендации “б” (i).

Статистические данные о причинах смерти в административно-территориальных образованиях, указанных в пункте “в”, должны соответствовать рекомендации “а” (ii) или, если это невозможно, рекомендации “а” (iii). Желательно группировать их по полу и возрасту, как указано в рекомендации “б” (ii).

5.7 Стандарты и требования к регистрации мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности

Следующие определения были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения как в отношении статистических показателей для международного сравнения, так и в отношении рекомендаций по представлению данных, из которых эти показатели получены. Определения, принятые Ассамблеей здравоохранения, приведены в т. 1, ч. 2, с. 625—628 и для удобства пользования повторно приведены ниже.

5.7.1 Дефиниции

Живорождение

Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента; каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

Мертворождение (мертворожденный плод)

Мертворождением является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности; на смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни, таких, как сердцебиение, пульсация пуповины или определенные движения произвольной мускулатуры.

Масса тела при рождении

Масса тела плода или новорожденного, зарегистрированная сразу после рождения.

У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни, до того как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы. Принятое в статистике группирование по массе тела при рождении с использованием интервалов в 500 г применять не следует. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с какой она была измерена.

Понятия “малая”, “очень малая”, “чрезвычайно малая” масса тела при

рождении не составляют взаимоисключающих категорий. Они частично совпадают друг с другом; понятие “малая” масса включает понятие “очень малая” масса тела и “чрезвычайно малая”, а понятие “очень малая” масса включает понятие “чрезвычайно малая”.

Малая масса тела при рождении

Масса тела менее 2500 г (до и включая 2499 г).

Очень малая масса тела при рождении

Масса тела менее 1500 г (до и включая 1499 г).

Чрезвычайно малая масса тела при рождении

Масса тела менее 1000 г (до и включая 999 г).

Срок беременности

Срок беременности исчисляют от первого дня последней нормальной менструации. Срок беременности выражают в полных днях или полных неделях (например, события, происходившие в период между 280-м и 286-м полными днями после начала последней нормальной менструации, считают имевшими место на 40-й неделе беременности).

Срок беременности, исчисляемый по дате последней нормальной менструации, часто является источником статистических ошибок. Для избежания ошибок необходимо помнить, что первый день следует расценивать как день 0, а не день 1-й. Дни 0—6 соответственно составляют “полную нулевую лунную неделю”, дни 7—13 — “полную первую неделю” и соответственно 40-я неделя беременности является синонимом понятия “полные 39 недель”. Если дата последней нормальной менструации неизвестна, срок беременности следует определять на основании наиболее надежных клинических данных. Для того чтобы избежать непонимания, результаты расчетов в статистических таблицах необходимо указывать как в неделях, так и в днях.

Недоношенность

Роды при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней).

Доношенность

Роды при сроке беременности от 37 полных недель до менее чем 42 полных недель (259—293 дня).

Переношенность

Роды при сроке беременности в 42 полные недели или более (294 дня или более).

Перинатальный период

Перинатальный период начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения.

Неонатальный период

Неонатальный период начинается с момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения. Неонатальная смертность (смертность среди живорожденных в первые полные 28 дней жизни) может быть подразделена на раннюю неонатальную смертность, т.е. смертность в течение первых семи дней жизни, и позднюю неонатальную смертность, т.е. имеющую место после 7 полных дней жизни и до 28 полных дней жизни.

В записи о времени смерти ребенка в первый день жизни (день 0) должна быть точно указана продолжительность жизни (полных минут или часов). В случае смерти ребенка на вторые сутки (день 1), третьи сутки (день 2) и последующие 27 полных дней жизни возраст указывается в днях.

5.7.2 Критерии регистрации данных

Юридические требования к регистрации мертворождений и живорождений варьируются от страны к стране и даже внутри стран. По возможности следует включать в статистику все случаи рождений плодов и детей с массой тела не менее 500 г независимо от того, живые они или мертвые. Если масса при рождении неизвестна, следует использовать соответствующие критерии определения срока беременности (22 полные недели) или ориентироваться на длину тела (25 см от верхушки темени до пяток). Критерии для ответа на вопрос, произошел ли данный случай в перинатальный период, нужно применять в следующем порядке: 1) масса тела при рождении, 2) срок беременности, 3) длина тела от верхушки темени до пяток. Включение в национальную статистику данных о плодах и новорожденных с массой тела от 500 до 1000 г рекомендуется потому, что эти данные имеют самостоятельную значимость и, кроме того, повышают полноту информации о плодах и новорожденных с массой тела 1000 г и более.

5.7.3 Статистические разработки для международного сравнения

Не рекомендуется включать в статистику для международного сравнения данные о группе с чрезвычайно малой массой тела при рождении, так как это снижает достоверность сравниваемой информации. Страны должны организовать регистрацию и отчетность таким образом, чтобы можно было легко идентифицировать конкретные случаи и критерии их включения в статистические показатели. Менее зрелые плоды и младенцы, не соответствующие этим критериям (например, имеющие массу тела менее 1000 г), должны быть исключены из статистики перинатальной смертности, если нет юридических и иных веских оснований для обратного (в этом случае факт включения должен быть четко обоснован). Когда масса тела при рождении, срок беременности и длина тела (от верхушки темени до пяток) неизвестны, случаи смерти должны быть скорее включены, чем исключены из статистики смертности в перинатальном периоде. Страны должны также представлять статистические данные, в которых как числитель, так и знаменатель всех показателей и соотношений относятся только к плодам и младенцам с массой тела 1000 г и более (показатели и соотношения с учетом массы тела); когда информация о массе тела при рождении отсутствует, используют соответствующий показатель срока беременности (28 полных недель) или длины тела (35 см от верхушки темени до пяток).

В отчетности по статистике мертворождений, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности число случаев смерти, обусловленных врожденными пороками развития, по возможности следует указывать отдельно для живорожденных и мертворожденных, а также отдельно для групп с массой тела при рождении 500—999 г и массой тела 1000 г и более. Случаи смерти в неонатальном периоде вследствие врожденных пороков развития следует регистрировать отдельно для раннего и позднего неонатального периода. Такая информация позволяет представлять статистические данные о перинатальной и неонатальной смертности с учетом случаев смерти от врожденных пороков развития или без них.

Коэффициенты и показатели

В публикуемых коэффициентах и показателях всегда должен быть указан знаменатель, т.е. число живорожденных или общее число рождений (живорожденные плюс мертворожденные). Странам рекомендуется представлять перечисленные ниже коэффициенты и показатели или столько из них, сколько позволяет существующая система сбора данных.

Коэффициент внутриутробной смертности

$$\frac{\text{Число мертворожденных}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Коэффициент мертворождаемости

$$\frac{\text{Число мертворожденных}}{\text{Всего родившихся}} \times 1000$$

Коэффициент мертворождаемости с учетом массы тела

$$\frac{\text{Число мертворожденных с массой тела 1000 г и более}}{\text{Всего родившихся с массой тела 1000 г и более}} \times 1000$$

Коэффициент ранней неонатальной смертности

$$\frac{\text{Число умерших в раннем неонатальном периоде}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Коэффициент ранней неонатальной смертности с учетом массы тела

$$\frac{\text{Число умерших в раннем неонатальном периоде с массой тела 1000 г и более}}{\text{Число живорожденных с массой тела 1000 г и более}} \times 1000$$

Коэффициент перинатальной смертности

$$\frac{\text{Число мертворожденных плюс число умерших в раннем неонатальном периоде}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Показатель перинатальной смертности

$$\frac{\text{Число мертворожденных плюс число умерших в раннем неонатальном периоде}}{\text{Всего родившихся}} \times 1000$$

Показатель перинатальной смертности включает число случаев смерти плодов с массой тела не менее 500 г (если масса тела при рождении неизвестна, рождение при сроке беременности от 22 полных недель, или с длиной тела 25 см и более от верушки темени до пяток) плюс число умерших в раннем неонатальном периоде на 1000 всех родившихся. Этот показатель не может быть обязательно равен сумме показателей мертворождаемости и ранней неонатальной смертности, так как они имеют разные знаменатели.

Показатель перинатальной смертности с учетом массы тела

$$\frac{\text{Число мертворожденных с массой тела 1000 г и более плюс число умерших в раннем неонатальном периоде с массой тела при рождении 1000 г и более}}{\text{Всего родившихся с массой тела 1000 г и более}} \times 1000$$

Показатель неонатальной смертности

$$\frac{\text{Число умерших в неонатальном периоде}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Показатель неонатальной смертности с учетом массы тела

$$\frac{\text{Число умерших в неонатальном периоде с массой тела при рождении 1000 г и более}}{\text{Число живорожденных с массой тела 1000 г и более}} \times 1000$$

Показатель младенческой смертности

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте до года}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$$

Показатель младенческой смертности с учетом массы тела

$$\frac{\text{Число умерших детей среди живорожденных с массой тела при рождении 1000 г и более}}{\text{Число живорожденных с массой тела 1000 г и более}} \times 1000$$

5.7.4 Представление данных о причинах перинатальной смертности

Для статистики перинатальной смертности, извлекаемой из свидетельства, форма которого рекомендована для этой же цели (см. раздел 4.3.1), максимальную пользу дает полномасштабный анализ по множественным причинам всех указанных состояний. Там, где такой анализ неосуществим, следует как минимум провести анализ основного заболевания или состояния плода или новорожденного (раздел "а" свидетельства о перинатальной смерти) и основного состояния матери, оказавшего влияние на плод или новорожденного (раздел "с"), с перекрестной разработкой этих двух состояний. Если необходимо выбрать лишь одно состояние (например, когда нужно включить случаи смерти в раннем неонатальном периоде в таблицы анализа по единичной причине случаев смерти во всех возрастных группах), следует выбрать основное заболевание или состояние плода или новорожденного (раздел "а").

Группировка по возрасту для специальной статистики младенческой смертности

- i) По дням в течение первой недели жизни (до 24 ч, 1, 2, 3, 4, 5, 6 дней), 7—13 дней, 14—20 дней, 21—27 дней, от 28 дней до 2 мес, но не включительно, далее по месяцам от 2 мес до 1 года (2, 3, 4... 11 мес).
- ii) До 24 ч, 1—6 дней, 7—27 дней, от 28 дней до 3 мес, но не включительно, 3—5 мес, от 6 мес до 1 года.
- iii) До 7 дней, 7—27 дней, от 28 дней до 1 года.

Группировка по возрасту для статистики ранней неонатальной смертности

- i) До 1 ч, 1—11 ч, 12—23 ч, 24—47 ч, 48—71 ч, 72—167 ч.
- ii) До 1 ч, 1—23 ч, 24—167 ч.

Группировка по массе тела при рождении для статистики перинатальной смертности

По весовым интервалам в 500 г, т.е. 1000—1499 г и т.д.

Группировка по сроку беременности для статистики перинатальной смертности

До 28 нед (до 196 дней), 28—31 нед (196—223 дня), 32—36 нед (224—258 дней), 37—41 нед (259—293 дня), 42 нед и более (294 дня и более).

5.8 Стандарты и требования к отчетности, касающейся материнской смертности

5.8.1 Дефиниции

Материнская смерть

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

Смерть, связанная с беременностью

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами: смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами: смерть в резуль-

тате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

С целью повышения качества данных о материнской смертности и внедрения альтернативных методов сбора данных о случаях смерти в течение беременности или связанных с нею, а также для улучшения регистрации данных о смерти вследствие акушерских причин, наступившей более чем через 42 дня после окончания беременности, 43-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. приняла рекомендацию, в соответствии с которой страны должны рассмотреть вопрос о включении в свидетельство о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и беременности в течение года, предшествующего смерти.

5.8.2 Международная отчетность

С целью международного учета материнской смертности только случаи смерти матерей, имевшие место до истечения 42 дней после родов, следует включать в расчеты различных коэффициентов и показателей, хотя регистрация поздней материнской смертности полезна для аналитических целей на национальном уровне.

5.8.3 Публикация показателей материнской смертности

При опубликовании показателей материнской смертности необходимо всегда указывать числитель (число зарегистрированных случаев материнской смерти), который может быть представлен как:

- число зарегистрированных смертей от прямых акушерских причин или
- число зарегистрированных смертей от акушерских причин (прямых и косвенных).

Следует отметить, что случаи материнской смерти от ВИЧ-болезни (B20—B24) и акушерского столбняка (A34) кодируются в классе I. Необходимо избегать включения таких случаев в показатели материнской смертности.

5.8.4 Знаменатели при расчетах показателей материнской смертности

Знаменатели, используемые для расчетов показателей материнской смертности, следует указывать либо в виде числа живорожденных, либо

в виде общего числа рожденных (живорожденные плюс мертворожденные). Если в распоряжении имеются оба знаменателя, расчеты следует публиковать по каждому из них.

Коэффициенты и показатели

Результаты следует выражать как отношение числителя к знаменателю, умноженное на k (где k может быть 1000, 10 000 или 100 000, как требуется и принято в данной стране). Коэффициенты и показатели материнской смертности могут, таким образом, быть выражены как:

Показатель материнской смертности¹

$$\frac{\text{Число случаев материнской смерти (от прямых и косвенных причин)}}{\text{Число живорожденных}} \times k$$

Коэффициент материнской смертности от прямых акушерских причин и живорождений

$$\frac{\text{Число случаев материнской смерти только от прямых акушерских причин}}{\text{Число живорожденных}} \times k$$

Коэффициент материнской смертности от причин, связанных с беременностью, и живорождений

$$\frac{\text{Число случаев материнской смерти от причин, связанных с беременностью}}{\text{Число живорожденных}} \times k$$

5.9 Доля случаев смерти, классифицированных по неточно обозначенным причинам

Наличие высокой доли причин смерти, отнесенных к классу XVIII (Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), свидетельствует о необходимости проверки или оценки качества представленных в таблицах данных, отнесенных к более конкретным причинам, классифицируемым в других классах.

5.10 Заболеваемость

Существует широкий спектр разнообразных возможных источников информации о заболеваемости. Для анализа на национальном или региональном уровне наиболее удобны те данные, которые позволяют

¹ Термин "показатель" недостаточно точен, но сохранен в данном контексте ради преемственности.

провести некоторые расчеты частоты новых случаев болезней или по крайней мере тех болезней, по поводу которых оказывается помощь в амбулаторных или стационарных условиях. Именно для данных, касающихся эпизодов медицинской помощи, прежде всего предназначены формально согласованные рекомендации и дефиниции по регистрации причин заболеваемости и, в соответствующих случаях, по выбору единичного состояния. Другие типы данных требуют разработки местных правил.

Проблемы статистики заболеваемости начинаются с самого определения термина “заболеваемость”. Имеется широкий спектр возможностей для совершенствования статистики заболеваемости. Международное сравнение данных по заболеваемости в настоящее время возможно только в очень ограниченных размерах и для конкретно определенных целей. Национальную или региональную информацию о заболеваемости следует интерпретировать с учетом ее источника и на основе сведений о качестве данных, надежности диагностики, а также демографических и социально-экономических показателей.

5.11 Меры предосторожности в случаях, когда перечни имеют подразделы

Для тех, кто занимается обработкой данных, может не всегда быть ясно, что некоторые пункты в перечнях для статистических разработок обозначают подразделы, например названия блоков или, в случае четырехзначного перечня МКБ-10, заглавия трехзначных рубрик, а также пункты для названий классов в кратких вариантах перечней для статистической разработки данных о смертности. Эти записи следует оставлять без внимания при подсчете итогов, иначе случаи заболевания могут быть учтены более одного раза.

5.12 Проблемы малой популяции

Величина популяции является одним из факторов, который следует учитывать при определении состояния здоровья популяции на основании данных о смертности и заболеваемости. В странах с небольшим населением ежегодное число случаев по многим рубрикам кратких перечней может быть очень малым и будет давать случайные колебания от года к году. Это особенно касается отдельных возрастных и половых групп. Эти проблемы могут быть уменьшены с помощью одного или нескольких указанных ниже приемов:

- использование или представление более широкой группировки рубрик МКБ, таких, как классы;

- обобщение данных за более длительный период, например присоединение данных за предшествующие два года к текущим данным и вычисление “плавающей средней” величины;
- использование самой широкой группировки по возрасту из рекомендованных на с. 144 и 150.

То, что применимо к малым национальным популяциям, справедливо в общих чертах для субнациональной части большей популяции. При исследованиях проблем здравоохранения в популяционных подгруппах необходимо принимать во внимание влияние величины каждой подгруппы на тип используемого анализа. Эту необходимость в основном осознают при проведении выборочных обследований, но часто упускают из виду, когда исследования касаются проблем здоровья отдельных групп населения страны.

5.13 “Пустые клетки” и клетки с низкими частотами

При использовании перечня причин может оказаться, что некоторые клетки в статистических таблицах остаются незаполненными. Когда таких пустых граф в таблице много, имеет смысл опустить эти графы в публикуемых таблицах или при распечатке на компьютере. Когда имеются лишь единичные случаи той или иной болезни в стране, соответствующую графу следует регулярно удалять из публикуемых таблиц, а в специальной сноске указывать, что таких случаев не было или, если спорадические случаи имеют место, в какой графе они отражены.

Для клеток с очень низкой частотой, особенно таких, которые имеют отношение к болезням, возникновение которых не ожидается, важно установить, что эти случаи действительно имели место, а не явились следствием ошибки кодирования или обработки материала. Такую проверку следует проводить в рамках общего контроля качества данных.

6. История развития МКБ¹

6.1 Ранний период

По мнению сэра Джорджа Книббса (George Knibbs), выдающегося австралийского статистика, Франсуа Босье де Лакруа (Francois Bossier de Lacroix, 1706—1767 гг.), более известный под именем Соваж (Sauvages), впервые предпринял попытку расположить болезни систематически [10]. Обширный труд Соважа вышел под названием “Методика нозологии” (Nosologia Methodica). Современником Соважа был выдающийся естествоиспытатель-систематизатор Карл Линней (1707—1778 гг.), один из трудов которого назывался “Роды болезней” (Genera Morborum). В начале XIX века наиболее широко применялась классификация болезней Уильяма Куллена (William Cullen, 1710—1790 гг.) из Эдинбурга, которая была опубликована в 1785 г. под названием “Краткий обзор методики нозологии” (Synopsis Nosologiae Methodicae).

Однако статистическое изучение болезней для практических целей началось столетием раньше, когда Джон Граунт (John Graunt) работал над сводками смертности в Лондоне. Он предпринял попытку определить долю живорожденных детей, умерших в возрасте до 6 лет, не располагая сведениями о возрасте детей в момент смерти. Он взял все случаи смерти, определенные как смерть от молочницы, судорог, рахита, болезней зубов и глистных инвазий, от недоношенности, смерть в первый месяц жизни, смерть грудных детей, смерть от увеличения печени, от удушья во сне, и прибавил к ним половину случаев смерти, причиной которых были оспа, “свиная оспа”, корь и глистные инвазии, не сопровождавшиеся судорогами. Несмотря на несовершенство такой классификации, Граунт получил, как было установлено позднее, удовлетворительный результат; по его подсчетам, доля детей в возрасте до 6 лет составляла 36 %. Хотя за последующие три столетия научная достоверность классификации болезней повысилась, многие и по сей день сомневаются в пользе попыток составить статистику болезней или даже причин смерти, ссылаясь на трудности их классификации. В связи с этим уместно привести высказывание М.Гринвуд (Major Greenwood): “Ученый-пурист, который будет ждать, пока медицинская статистика не станет достаточно строгой с нозологической точки зрения, вряд ли окажется мудрее, чем Горацийев простак, ожидавший, когда река потечет вспять” [11].

¹ Большинство материалов, представленных в разделах 6.1 — 6.3, воспроизведены из введения к Седьмому пересмотру МКБ, в котором прекрасно описана ранняя история развития классификации.

К счастью для прогресса профилактической медицины, Управление записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса, созданное в 1837 г., нашло в лице Уильяма Фарра (William Farr, 1807—1883 гг.) — первого медицинского статистика этого Управления, человека, который не только смог наилучшим образом использовать несовершенные в то время классификации болезней, но и стремился разработать улучшенные их варианты и добиться международного единообразия в их применении.

Фарр установил, что общественные службы того времени использовали классификацию Куллена. Эта классификация не пересматривалась, в ней не находили отражения достижения медицинской науки, и Фарр справедливо считал, что в таком виде она не может служить статистическим целям. Поэтому в первом годовом отчете руководителя Управления [12] он подверг обсуждению принципы, которыми следует руководствоваться при составлении статистической классификации болезней, и настаивал на принятии единой классификации, приводя следующие доводы:

Преимущества единой статистической номенклатуры, как бы несовершенна она ни была, настолько очевидны, что вызывает удивление тот факт, что до сих пор не уделялось внимания ее обязательному использованию при составлении сводок о смертности. Во многих случаях болезней обозначалась тремя или четырьмя терминами, а отдельный термин относился к множеству различных болезней; использовались неясные и неудобные названия, а вместо основной болезни подчас регистрировались осложнения. Для этого раздела деятельности номенклатура так же важна, как вес и мера в физике, поэтому она должна быть введена безотлагательно.

Как номенклатура, так и статистическая классификация постоянно изучались и рассматривались Фарром в его ежегодных «Письмах» руководителю Управления, публиковавшихся в годовых отчетах последнего. Необходимость единой классификации причин смерти осознавалась настолько остро участниками первого Международного статистического конгресса, состоявшегося в Брюсселе в 1853 г., что конгресс обратился к д-ру Фарру и д-ру Марку д'Эспину (Marc d'Espine) из Женевы с просьбой подготовить единую классификацию причин смерти, применимую на международном уровне. На следующем Конгрессе, проходившем в Париже в 1855 г., Фарр и д'Эспин представили два отдельных списка, основанных на совершенно разных принципах. Классификация Фарра состояла из пяти групп: эпидемические болезни, органические (системные) болезни, болезни, подразделявшиеся по анатомической локализации, болезни развития и болезни, являющиеся прямым следствием насилия. Д'Эспин сгруппировал болезни по характеру их проявления (подагрические, герпетические, гематические и т.д.). Конгресс принял компромиссный список, состоявший из 139 рубрик. В 1864 г. эта классификация была пересмотрена в Париже на основе модели, предложенной У. Фарром; следующие пересмотры состоялись в 1874, 1880 и 1886 гг. Хотя эта классификация и не получила всеобщего признания, основные принципы ее построения, предложенные Фарром, в том числе принцип группировки болезней по анато-

мической локализации, выдержали испытание временем и легли в основу Международного перечня причин смерти.

6.2 Принятие Международного перечня причин смерти

Международный статистический институт, преемник Международного статистического конгресса, на своей сессии, состоявшейся в Вене в 1891 г., поручил комитету под председательством Жака Бертильона (Jacques Bertillon, 1851—1922 гг.), начальника Статистической службы Парижа, подготовку классификации причин смерти. Примечательно, что Бертильон был внуком Ахилла Гийяра (Achille Guillard), известного ботаника и статистика, который на первом Статистическом конгрессе в 1853 г. представил резолюцию с предложением поручить подготовку единой классификации Фарру и д'Эспину. Бертильон представил отчет этого комитета Международному статистическому институту, который и принял отчет на сессии, состоявшейся в 1893 г. в Чикаго. Классификация, подготовленная Бертильоном, основывалась на классификации причин смерти, которая использовалась в Париже и которая после ее пересмотра в 1885 г. представляла собой синтез английского, немецкого и швейцарского вариантов. Эта классификация была основана на принципе, принятом Фарром и заключавшемся в подразделении болезней на системные и относящиеся к определенному органу или анатомической локализации. В соответствии с инструкциями Венского конгресса, выработанными по предложению Л.Гийома (L. Guillaume), директора Федерального статистического бюро Швейцарии, Бертильон подготовил три классификации: первую — сокращенную классификацию, состоявшую из 44 рубрик, вторую — классификацию с 99 рубриками и третью — классификацию, содержащую 161 рубрику.

Классификация причин смерти Бертильона, как ее сначала называли, получила общее признание и была предпринята для использования несколькими странами и многими городами. В Северной Америке эта классификация впервые была использована Хесусом Э.Монхараеом (Jesus E. Monjas) для подготовки статистических данных в Сан-Луис-Потоси, Мексика [13]. В 1898 г. Американская ассоциация общественного здравоохранения на своей конференции в Оттаве (Канада) рекомендовала статистикам Канады, Мексики и США принять классификацию Бертильона. Ассоциация также внесла предложение пересматривать классификацию каждые 10 лет.

На сессии Международного статистического института, состоявшейся в Христиании в 1899 г., Бертильон представил отчет о работе над классификацией, включив в него рекомендацию Американской ассоциации общественного здравоохранения о пересмотре классификации

каждые 10 лет. В итоге Международный статистический институт принял следующую резолюцию [14]:

“Международный статистический институт, убежденный в необходимости использования в разных странах сопоставимых номенклатур:

с удовлетворением отмечает принятие всеми статистическими бюро Северной Америки, некоторыми бюро Южной Америки и Европы системы номенклатуры причин смерти, представленной в 1893 г.;

всячески настаивает на том, чтобы эта система номенклатуры была принята в принципе и без пересмотра всеми статистическими учреждениями Европы;

одобряет, по крайней мере в основных чертах, систему пересмотра классификации каждые 10 лет, предложенную Американской ассоциацией общественного здравоохранения на ее сессии в Оттаве (1898 г.);

настоятельно призывает те статистические бюро, которые еще не приняли этой номенклатуры, сделать это безотлагательно и содействовать повышению сопоставимости номенклатуры причин смерти”.

В соответствии с вышеизложенным французское правительство созвало в августе 1900 г. в Париже первую Международную конференцию по пересмотру классификации Бертильона, или Международного перечня причин смерти. Эта конференция, на которой присутствовали делегаты 26 стран, 21 августа 1900 г. приняла подробную классификацию причин смерти, состоявшую из 179 рубрик, и сокращенную классификацию из 35 рубрик. Предложение о пересмотре классификации каждые 10 лет получило одобрение, и было принято решение просить французское правительство созвать следующую конференцию в 1910 г. Фактически она состоялась в 1909 г., а последующие конференции правительство Франции созывало в 1920, 1929 и 1938 гг.

Бертильон продолжал всячески содействовать усовершенствованию Международного перечня причин смерти. Пересмотры 1900, 1910 и 1920 гг. проводились под его руководством. В качестве Генерального секретаря Международной конференции он разослал предварительный вариант пересмотра 1920 г. более чем 500 адресатам с просьбой прислать замечания. Его кончина в 1922 г. оставила Международную конференцию без руководителя.

На сессии Международного статистического института, состоявшейся в 1923 г., Мишель Юбер (Michel Huber), преемник Бертильона во Франции, сознавая потребность в руководстве, внес предложение о восстановлении той роли, которую играл Международный статистический институт в 1893 г. в принятии Международной классификации причин смерти, и о сотрудничестве с другими международными организациями в подготовке последующих пересмотров. Организация здравоохранения Лиги Наций также проявила большой интерес к вопросам демографической статистики и создала Комиссию экспертов по статистике для изучения классификации болезней и причин смерти, а

также других проблем в области медицинской статистики. Э.Ресле (E.Roesle), руководитель службы медицинской статистики Бюро здравоохранения Германии и член Комиссии экспертов по статистике, подготовил монографию, содержащую дополнительные рубрики Международного перечня причин смерти 1920 г., которые могли бы понадобиться, если бы эта классификация использовалась при обработке данных статистики заболеваемости. Это детальное исследование было опубликовано в 1928 г. [15] Организацией здравоохранения Лиги Наций. С целью координации работы обеих организаций была создана международная комиссия, известная под названием Смешанной комиссии; в ее состав вошло равное число представителей Международного статистического института и Организации здравоохранения Лиги Наций. Эта Комиссия подготовила проекты предложений по Четвертому (1929 г.) и Пятому (1938 г.) пересмотрам Международного перечня причин смерти.

6.3 Конференция по пятому десятилетнему пересмотру

Пятая Международная конференция по пересмотру Международного перечня причин смерти, как и предыдущие конференции, была организована правительством Франции и состоялась в Париже в октябре 1938 г. Эта конференция приняла 3 перечня: детальный перечень из 200 рубрик, промежуточный перечень из 87 рубрик и краткий перечень из 44 рубрик. За исключением приведения перечней в соответствие с последними достижениями науки, особенно в классе инфекционных и паразитарных болезней, и изменений в классах, относящихся к состояниям, связанным с послеродовым периодом и к несчастным случаям, конференция внесла минимально возможные изменения в содержание, количество и даже нумерацию рубрик. Также был подготовлен и принят конференцией перечень причин мертворождений.

Что касается классификации болезней для статистики заболеваемости, Конференция признала возрастающую значимость соответствующего перечня болезней, чтобы удовлетворить статистические потребности широкого круга разнообразных организаций, таких, как организация медицинского страхования, больницы, военные медицинские службы, органы управления здравоохранением и аналогичные учреждения. На конференции была принята следующая резолюция [16]:

2. Международные перечни болезней

Принимая во внимание важность составления международных перечней болезней, соответствующих международным перечням причин смерти:

Конференция рекомендует Объединенному комитету, назначенному Международным статистическим институтом и Организацией здравоохранения Лиги Наций, взять на себя, как в 1929 г., подготовку международных перечней болезней, совместно с экспертами и представителями заинтересованных организаций.

До разработки международных перечней болезней Конференция рекомендует, чтобы различные используемые на практике национальные перечни, насколько это возможно, были приведены в соответствие с детализированным Международным перечнем причин смерти (нумерация классов, заголовки и подзаголовки вышеупомянутого Перечня даются в скобках).

В другой резолюции Конференция далее рекомендовала, чтобы правительство Соединенных Штатов Америки продолжило изучение статистической обработки множественных причин смерти [16]:

3. Свидетельство о смерти и выбор причины смерти, когда указана более чем одна причина (множественные причины)

Конференция,

припимая во внимание, что в 1929 г. правительство Соединенных Штатов Америки было так любезно, что предприняло изучение способов унификации методов выбора основной причины смерти, которая должна быть включена в статистическую разработку в тех случаях, когда в свидетельстве о смерти указаны две или более причины,

принимая во внимание, что многочисленные обследования, завершённые или находящиеся в стадии подготовки в некоторых странах, выявили важность этой проблемы, которая все еще не решена,

принимая во внимание, в соответствии с этими обследованиями, что международная сопоставимость показателей смертности от различных болезней требует не только решения проблемы выбора основной причины смерти для статистических разработок, но также решения ряда других вопросов:

1) выражает глубокую благодарность правительству Соединенных Штатов Америки за работу, которую оно провело в связи с этим или которой оно оказало содействие;

2) просит правительство Соединенных Штатов Америки продолжить исследования в течение последующих 10 лет в сотрудничестве с другими странами и организациями на более широкой основе, и

3) предлагает, чтобы для этих будущих исследований правительство Соединенных Штатов Америки учредило подкомитет, в который должны войти представители стран и организаций, участвующих в исследованиях, проводимых в этой связи.

6.4 Предшествующие классификации болезней для статистики заболеваемости

До сих пор в процессе обсуждения Классификация болезней рассматривалась почти исключительно в связи со статистикой причин смерти. Фарр, однако, понимал, что нужно "распространить аналогичную сис-

тему номенклатуры на болезни, которые, хотя и не смертельны, но являются причиной нетрудоспособности населения, и сейчас фигурируют в таблицах заболеваний в армии, военно-морских силах, в больницах, тюрьмах, домах для умалишенных, в общественных заведениях разного рода, в отчетах о состоянии здоровья населения, а также в переписи населения в странах, подобных Ирландии, где ведется реестр заболеваемости всего населения" [9]. Поэтому в свой "Доклад о номенклатуре и статистической классификации болезней", представленный на втором Международном статистическом конгрессе, он включил в основной перечень болезней большинство тех болезней, которые влияют на здоровье, равно как и болезни, которые приводят к летальному исходу. На четвертом Международном статистическом конгрессе, состоявшемся в Лондоне в 1860 г., Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale) в докладе "Предложения к единой схеме больничной статистики" настаивала на принятии классификации болезней Фарра для статистического учета больничной заболеваемости.

Параллельная классификация болезней для использования в статистике заболеваемости была принята на первой Международной конференции по пересмотру Классификации причин смерти Бертильона в Париже в 1900 г. Параллельный перечень был также принят на второй конференции в 1909 г. Дополнительные разделы для нелетальных болезней были организованы путем подразделения некоторых рубрик классификации причин смерти на две или три группы заболеваний, каждая из которых была обозначена буквой. Перевод на английский язык второго Десятилетнего пересмотра, опубликованного Министерством торговли и труда в 1910 г., был назван "Международная классификация причин болезней и смерти". При последующих пересмотрах некоторые из этих групп были включены в детализированный Международный перечень причин смерти. Четвертая Международная конференция приняла классификацию болезней, которая отличалась от детализированного Международного перечня причин смерти только добавлением дополнительных подразделов 12 рубрик. Эти международные классификации болезней, однако, не получили общего одобрения, так как они предусматривали только ограниченное расширение основного перечня причин смерти.

В отсутствие унифицированной классификации болезней, которая удовлетворила бы нужды статистики заболеваемости, многие страны сочли необходимым подготовить свои собственные перечни. Стандартизированный кодированный перечень для изучения заболеваемости был подготовлен Советом по здравоохранению Доминиона Канада и опубликован в 1936 г. Основные разделы этого кодированного перечня представляли собой восемнадцать классов Пересмотра 1929 г. Международного перечня причин смерти, которые в свою очередь были подразделены на 380 специфических групп болезней. На пятой Международной конференции в 1938 г. канадская делегация представила на

рассмотрение модификацию этого перечня как основу для международного перечня причин заболеваемости. Хотя никаких мероприятий в связи с этим предложением не было проведено, Конференция приняла резолюцию, приведенную выше (с. 160).

В 1944 г. предварительные классификации болезней и травм были опубликованы как в Соединенном Королевстве, так и в Соединенных Штатах Америки с целью использования при статистической разработке данных о заболеваемости. Обе классификации были более обширные, чем Канадский перечень, но, подобно ему, следовали основному порядку болезней в Международном перечне причин смерти. Британская классификация была подготовлена Комитетом по статистике больничной заболеваемости Совета медицинских исследований, которая была создана в январе 1942 г. Она называлась "Предварительная классификация болезней и травм для использования при изучении статистики заболеваемости" [17]. Эта классификация была подготовлена с целью создания схемы сбора и статистического учета данных о пациентах, поступивших в больницы Соединенного Королевства, на основе применения стандартной классификации болезней и травм, и широко использовалась в Великобритании правительственными и другими учреждениями.

Несколькими годами ранее, в августе 1940 г., Главный хирург Службы национального здравоохранения Соединенных Штатов Америки и директор Бюро переписи населения Соединенных Штатов Америки опубликовали перечень болезней и травм для статистической разработки данных о заболеваемости [18]. Стандартный кодированный перечень был подготовлен Отделом методологии общественного здравоохранения Службы общественного здравоохранения совместно с комитетом консультантов, назначенных Главным хирургом. В 1944 г. было опубликовано "Руководство по кодированию причин заболеваемости в соответствии со стандартизованным кодированным перечнем диагнозов для статистической разработки данных о заболеваемости", состоящее из кодированного перечня диагнозов, перечня включений и алфавитного указателя. Стандартный кодированный перечень использовался в некоторых больничных учреждениях, при планировании работы в большом числе больниц добровольного страхования и системы медицинской помощи, а также в специальных исследованиях, проводимых другими учреждениями Соединенных Штатов Америки.

6.5 Комитет Соединенных Штатов Америки по множественным причинам смерти

В соответствии с резолюцией пятой Международной конференции Государственный секретарь США в 1945 г. учредил Комитет США по

множественным причинам смерти под председательством Лоуэлла Рида (Lowell J. Reed), профессора биостатистики Университета Джона Гопкинса. В число членов и консультантов этого комитета входили представители правительств Канады и Соединенного Королевства, а также Секции здравоохранения Лиги Наций. Комитет признал основное направление концепции развития перечней для статистической разработки данных о заболеваемости и смертности и принял решение, что, прежде чем браться за множественные причины, было бы полезно рассмотреть классификацию с точки зрения заболеваемости и смертности, поскольку проблема множественных причин имеет отношение к обоим типам статистики.

Комитет также принял во внимание ту часть резолюции по Международному перечню болезней предшествующей Международной конференции, в которой рекомендовалось, чтобы "различные используемые в практике национальные перечни в максимальной степени были приведены в соответствие с детализированным Международным перечнем причины смерти". Комитет признал, что классификация болезней и травм тесно связана с классификацией причин смерти. Мнение, что такие перечни фундаментально отличаются друг от друга, проистекает из ошибочного представления, что Международный перечень является классификацией терминальных причин, в то время как в действительности он основан на болезненном состоянии, порождающем цепь событий, которые в конечном итоге приводят к смерти. Комитет пришел к заключению, что для того, чтобы полнее использовать статистические разработки как заболеваемости, так и смертности, классификация болезней должна быть не только сравнимой для обеих целей, но, если возможно, должен быть единый перечень.

Кроме того, все большее число статистических организаций использовали медицинскую документацию, включавшую данные как о заболеваниях, так и о случаях смерти. Даже в организациях, которые разрабатывали только статистику заболеваемости, в документах должны были кодироваться как случаи со смертельным исходом, так и без него. Единый перечень, таким образом, значительно облегчал операции по кодированию. Он также служил общей базой для сравнения статистики заболеваемости и смертности.

Поэтому был учрежден подкомитет, который подготовил проект Предлагаемой Статистической классификации болезней, травм и причин смерти. Окончательный проект был принят комитетом после того, как он был модифицирован на основе апробации, проведенной различными службами в Канаде, Великобритании и Соединенных Штатах Америки.

6.6 Шестой пересмотр Международных перечней

Международная конференция по здравоохранению, состоявшаяся в Нью-Йорке в июне и июле 1946 г. [19], возложила на Временную комиссию Всемирной организации здравоохранения ответственность за:

пересмотр существующего механизма и проведение такой подготовительной работы, которая может быть необходима в связи с:

- i) следующим десятилетним пересмотром "Международных перечней причин смерти" (включая перечни, принятые в соответствии с Международным соглашением 1934 г. относительно Статистики причин смерти); и
- ii) созданием Международных перечней причин заболеваемости.

С целью выполнения этого поручения Временная комиссия утвердила Комитет экспертов по подготовке Шестого десятилетнего пересмотра Международных перечней болезней и причин смерти.

Комитет, учтя весь спектр точек зрения, касающихся классификации заболеваемости и смертности, осуществил обзор и анализ вышеупомянутых предложенных классификаций, которые были подготовлены Комитетом США по множественным причинам смерти.

Классификация, явившаяся результатом этой работы, была разослана национальным правительствам для замечаний и дополнений под названием "*Международная классификация болезней, травм и причин смерти*". Комитет экспертов рассмотрел полученные ответы и подготовил отредактированную версию, включившую и такие изменения, которые делали классификацию более полезной и удобной. Комитет также разработал перечень диагностических терминов, которые были даны под каждым заголовком в классификации. Кроме того, был создан специальный подкомитет по подготовке всеобъемлющего алфавитного указателя формулировок диагнозов, классифицированных в соответствующих рубриках классификации.

Комитет также рассмотрел структуру и области применения специальных перечней причин для статистических разработок и публикаций данных о заболеваемости и смертности и изучил другие проблемы, относящиеся к международной сопоставимости статистики смертности, такие, как форма свидетельства о смерти и правила классификации.

Международная конференция по шестому пересмотру Международных перечней болезней и причин смерти была созвана правительством Франции и проходила в Париже с 26 по 30 апреля 1948 г. в соответствии с положениями соглашения, подписанного при завершении конференции по Пятому пересмотру в 1938 г. Секретариат конференции

был создан компетентными французскими властями и Всемирной организацией здравоохранения. Секретариат провел подготовительную работу в соответствии с соглашением, заключенным правительствами стран, представленных на Международной конференции по здравоохранению в 1946 г. [19].

Конференция приняла классификацию, подготовленную Комитетом экспертов, в качестве шестого пересмотра Международных перечней [20]. Она также рассмотрела другие предложения комитета экспертов, касающиеся сбора данных, статистических разработок и публикации статистических данных о заболеваемости и смертности. Конференция одобрила международную форму Медицинского свидетельства о причине смерти, приняла подход, согласно которому первоначальная причина смерти является основной причиной, используемой для статистических разработок, и утвердила правила выбора первоначальной причины смерти, а также специальные перечни для статистических разработок данных о заболеваемости и смертности. Конференция, кроме того, рекомендовала, чтобы Всемирная ассамблея здравоохранения приняла правила согласно статье 21 пункт b Устава ВОЗ, которыми государства-члены ВОЗ должны руководствоваться при сборе и обработке статистической информации по заболеваемости и смертности в соответствии с Международной статистической классификацией.

В 1948 г. Первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила отчет конференции по Шестому пересмотру и приняла Инструкцию № 1 Всемирной организации здравоохранения, подготовленную на основе рекомендаций Конференции. Международная классификация с полным перечнем включенных рубрик и их содержанием была введена вместе с формой Медицинского свидетельства о причине смерти, правилами классификации и специальными перечнями для статистических разработок в "Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти" (Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death) [21]. Это Руководство состояло из двух томов. Том 2 представлял собой алфавитный указатель диагностических терминов, кодируемых по соответствующим рубрикам. Международная конференция по Шестому пересмотру положила начало новой эре в области международной демографической и санитарной статистики. Помимо одобрения обширного перечня для статистического изучения заболеваемости и смертности и согласования международных правил выбора первоначальной причины смерти, Конференция рекомендовала принять Всестороннюю программу международного сотрудничества в области демографической и санитарной статистики. Важным пунктом этой программы была рекомендация правительствам создать национальные комитеты по демографической и санитарной статистике для координации деятельности в этой области на национальном уровне и для работы в качестве связующего звена между национальными статисти-

ческими организациями и Всемирной организацией здравоохранения. Кроме того, предусматривалось, что такие национальные комитеты будут самостоятельно или в сотрудничестве с другими национальными комитетами изучать важные статистические проблемы здоровья в общенациональном масштабе и представлять результаты этих исследований во Всемирную организацию здравоохранения.

6.7 Седьмой и восьмой пересмотры

Международная конференция по Седьмому пересмотру Международной классификации болезней (МКБ) состоялась в феврале 1955 г. [22] в Париже под эгидой ВОЗ. В соответствии с рекомендацией Комитета экспертов ВОЗ по санитарной статистике при этом пересмотре были лишь внесены необходимые изменения, исправлены ошибки и устранены несоответствия [23].

Конференция по Восьмому пересмотру, созванная ВОЗ, состоялась в Женеве 6—12 июля 1965 г. [24]. Этот пересмотр был более радикальным, чем Седьмой, но оставил нетронутой базовую структуру классификации и, насколько возможно, общий принцип группировки болезней, преимущественно в соответствии с их этиологией, а не конкретными проявлениями.

В течение тех лет, когда действовали Седьмой и Восьмой Пересмотры МКБ, использование МКБ для составления указателя больничной документации быстро расширилось, и некоторые страны подготовили национальные версии, которые представляли дополнительную детализацию, необходимую для применения МКБ.

6.8 Девятый пересмотр

Международная конференция по Девятому пересмотру Международной классификации болезней, организованная ВОЗ, проходила в Женеве с 30 сентября по 6 октября 1975 г. [25]. В ходе обсуждений, состоявшихся на конференции, прежде всего было решено, что следует вводить минимальные изменения, кроме имеющих отношение к обновлению классификации. Это было вызвано в основном расходами, требующимися на адаптацию систем автоматизированной обработки данных всякий раз, когда пересматривалась классификация. Отмечался огромный рост интереса к МКБ, и необходимо было найти адекватный ответ на этот интерес, частично с помощью модификации самой классификации и частично путем введения специальных правил кодирования. На конференции был сделан ряд докладов специалистами организаций, которые заинтересовались использованием МКБ для собст-

венных статистических нужд. Некоторые тематические разделы классификации были признаны неприемлемыми для применения, и было оказано значительное давление в отношении большей детализации и приспособления классификации к тому, чтобы сделать ее более удобной для оценки медицинской помощи путем классифицирования состояний скорее в классах, относящихся к пораженным областям тела, чем в классах, имеющих отношение к основным системным болезням. На другой стороне спектра мнений были сообщения представителей тех стран и регионов, для которых детализированная и сложная классификации была неприемлема, но которые тем не менее нуждались в классификации, основанной на МКБ, для того, чтобы оценить свои достижения в здравоохранении и в борьбе с болезнями.

В соответствии с окончательными предложениями, представленными и принятыми конференцией, была сохранена базовая структура МКБ, хотя и дополненная многими деталями на уровне четырехзначных подрубрик и некоторых факультативных пятизначных подрубрик. Для удобства пользователей, не нуждавшихся в такой детализации, были приняты меры, чтобы обеспечить значимость классификации на трехзначном уровне.

Для удобства пользователей, желающих представлять статистические данные и алфавитные указатели, ориентированные на медицинскую помощь, в Девятый пересмотр был введен факультативный альтернативный метод классификации диагностических формулировок, включающий информацию как об общем основном заболевании, так и о проявлении его в конкретных органах или областях организма. Эта система получила известность как система "крестиков" и "звездочек" и была сохранена в Десятом пересмотре. Некоторое число других технических нововведений было включено в Девятый пересмотр классификации для придания ей большей гибкости при использовании в различных ситуациях.

Двадцать девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, отмечая рекомендации Международной конференции по Девятому пересмотру Международной классификации болезней, одобрила публикацию в целях испытания дополнительных классификаций нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности и классификации процедур в медицине в качестве приложений к Международной классификации болезней, а не в качестве ее составной части. Конференция также приняла рекомендации по ряду связанных методических вопросов: были внесены некоторые исправления в правила кодирования смертности и впервые введены правила выбора единичного состояния для статистических разработок данных о заболеваемости; были уточнены и расширены определения и рекомендации по статистике в области перинатальной смертности и была рекомендована форма свидетельства о причине перинатальной смерти. Кроме того,

странам было рекомендовано и далее проводить работу по кодированию множественных состояний и их анализу, но не были сформулированы официальные методы; и, наконец, создан новый основной перечень для статистических разработок.

6.9 Подготовка Десятого пересмотра

Еще до Конференции по Девятому пересмотру Всемирная организация здравоохранения начала подготовку Десятого пересмотра. Было ясно, что расширяющееся использование МКБ делало необходимым переосмысление ее структуры и осуществление попытки создать стабильную и гибкую классификацию, которая не требовала бы фундаментального пересмотра в течение многих последующих лет. Сотрудничающие центры ВОЗ по классификации болезней (см. т. 1, ч. 1, с. 7—8), вследствие этого были вынуждены провести эксперимент с вариантами альтернативных структур МКБ-10.

К тому же стало ясно, что установленный десятилетний интервал между пересмотрами слишком короток. При таком порядке работу по проведению пересмотра приходилось начинать прежде, чем текущая версия МКБ находилась бы достаточно долго в пользовании, чтобы ее можно было всесторонне оценить. Основной причиной этого была необходимость консультирования со многими странами и организациями, что делало процесс подготовки очень длительным. Поэтому Генеральный директор ВОЗ обратился к государствам-членам и получил их согласие отложить до 1989 г. конференцию по Десятому пересмотру, которая первоначально была назначена на 1985 г., а также отложить введение Десятого пересмотра, которое должно было состояться в 1989 г. Это позволило не только провести полевые испытания альтернативных моделей структуры МКБ, но и дало время для оценки МКБ-9, например, благодаря совещаниям, организованным некоторыми региональными организациями ВОЗ, и обследованиям, организованным штаб-квартирой.

Расширенная программа последующей работы, кульминацией которой стало создание Десятого пересмотра МКБ, отражена в Отчете Международной конференции по Десятому пересмотру Международной классификации болезней, который воспроизведен в томе 1.

Список литературы

1. International classification of diseases for oncology (ICD-O), second ed. Geneva, World Health Organization, 1990.
2. Systematized nomenclature of medicine (SNOMED). Chicago, College of American Pathologists, 1976.
3. Manual of tumor nomenclature and coding (MOTNAC). New York, American Cancer Society, 1968.
4. Systematized nomenclature of pathology (SNOP). Chicago, College of American Pathologists, 1965.
5. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
6. International classification of procedures in medicine (ICPM). Vols 1 and 2. Geneva, World Health Organization, 1978.
7. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization, 1980.
8. International Nomenclature of Diseases. Geneva, Council for International Organizations of Medical Sciences and World Health Organization; for details of individual volumes, see text.
9. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical journal of Australia*, 1929, 1: 2-12.
11. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
12. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p.99.
13. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*, Washington, 1912.
14. Bulletin of the Institute of International Statistics, 1900, 12: 280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Geneva, League of Nations Health Organization, 1928 (document C.H. 730).
16. *International list of causes of death*. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
18. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity*

- statistics*. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
19. Official Records of the World Health Organization, 1948, 11, 23.
 20. Official Records of the World Health Organization, 1948, 2, 110.
 21. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organization, 1949.
 22. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organization, 1955 (unpublished document WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
 23. Third report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No.53).
 24. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organization, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4; available on request from Strengthening of Epidemiological and Statistical Services, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
 25. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Volume 1. Geneva, World Health Organization, 1977.

Предметный указатель

- Аборт, осложнения 66, 134
Адаптированные варианты по специальностям 4—8
“Акушерская смерть” 69
от прямой акушерской причины 151
от не прямой акушерской причины 151—152
Алкоголь 57, 68
Алфавитный указатель (Том 3) 19, 29—31
 построение 29
 кодовые номера 30
 условные обозначения 30
 структура 29
Аномалии, выявленные при лабораторных исследованиях 112—113, 136
Астма 65
Астматическое состояние 65
Атеросклероз 62, 63

Бактериальные агенты 56, 127
Банальные состояния 47, 49—50
БДУ (без дополнительных уточнений) 26—27
“Без дополнительных уточнений (БДУ)” 26—27
Беременность 36, 134—136
Бертильон, Жак 158—159
Бесплодие 66
Биологические вещества, отравление 68, 97
Блоки рубрик 17
Болезней классификация (см. Классификация болезней)
Болезни системы кровообращения 133
 острые или терминальные 75
 злокачественные новообразования и 75, 94
 после медицинских процедур 63
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека
 материнская смертность 152
 кодирование заболеваемости 125—127
 кодирование смертности 43, 44, 45, 55, 56
Болезнь митрального клапана 58
Болезнь сердца 59—62
Босье де Лакруа, Франсуа 156
Бронхит 64
Бронхопневмония 43

Ведущие термины 29, 31
Величина популяции, малая 154—155
Вирусные агенты 56, 127
Вирусный энцефалит, последствия 77
ВИЧ болезнь см. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека
Включенные термины 20
Внематочная беременность, осложнения 66, 134—135
Внешние причины
 заболеваемости 110, 114—115, 137—138
 смертности 37, 67—68, 97
Внутричерепная травма 68
Воспалительные заболевания центральной нервной системы 78, 131—132
Врожденные пороки развития/деформации 75, 76, 95, 148
Вторичные заболевания 44

Гемиплегия 58
Гемофилия 74
Гипертензивные состояния 59—60, 74
Гипертензия
 эссенциальная 59
 вторичная 61, 133
Глаз и его придатки, болезни 58, 133
Городские поселения 144
Граунт, Джон 156
Грипп 75
Группировка по возрасту 144, 150
Группировка по географическому признаку 144

- Двоеточие 25—26
 Двойное кодирование 21—24, 143
 Дерматология 6
 Дефиниции 16, 145—147, 151—152
 Длина тела от темени до пяток 147
 Доношенность 146
 Дополнительные градации 18
 Дыхательные расстройства после медицинских процедур 65
 д'Эспин, Марк 157
- Живорождение 145
 регистрация 147—148
- Заболеваемость 106—138
 примечания к конкретным классам 125—138
 кодирование "основного состояния" и "других состояний" 110—118
 порядок записи диагностической информации для анализа данных по единичной причине 107—110
 история классификации болезней 161—163
 правила повторного выбора основного состояния 118—125
 специальный перечень для статистической разработки 15—16, 143
 модификация в соответствии с национальными требованиями 143
 статистика 153—154
- Злокачественное новообразование 79
- Злокачественные новообразования 6
 болезни системы кровообращения и 94
 предположения о злокачественности 79
 самостоятельные (первичные) множественные локализации 82—83, 129
 инфекционные болезни и 93—94
 метастатические 83—90
 заболеваемость, кодирование 128—129
 смертность, кодирование 43, 74, 79—94
 множественные локализации 90—93
 первичная локализация указана 80—81
 первичная локализация неизвестна 81
 локализации, в названии которых имеются приставки, или неточные описания локализации 79—80
 неуточненные локализации 80, 129
- Зрение пониженное 58, 133
- Зубоврачебное дело 6—7
- Избыточность питания, последствия 131
- Инфаркт миокарда, острый 61
- Инфекционные агенты 56, 127
- Инфекционные и паразитарные болезни
 злокачественные новообразования и 93—94
 кодирование заболеваемости 125—127
 кодирование смертности 54—56, 74
 последствия 76—77, 127
- Информация на коммунальной основе 10—11
- Исключенные термины 20—21
- Ишемическая болезнь сердца 61, 75
- Карциноидный синдром 131
- Карциноматоз 83
- Квадратная скобка 25
- Классификация болезней
 основанная на диагнозах 3, 4—8
 история 156—169
 недиагностическая 4, 8—10
 принципы 13—14
- Классы 16—17
- Кодирование, основные принципы 31—32
- Коды "U" 18
- Комбинированные рубрики 113—114
- Комитет правительства Соединенных Штатов Америки по изучению статистической обработки множественных причин смерти 160, 163—164
- Костно-мышечной системы нарушения, после медицинских процедур 66
- "Крайне маловероятные" связи 73—75
- Кровь и кроветворные органы, болезни 129—130

- Круглые скобки 24—25, 30
Куллен, Уильям 156
- Легких новообразование 84
Легочная болезнь сердца 61
Лекарственные средства, отравление 68, 97
Линней, Карл 156
- Масса тела при рождении 145—146, 147—148
группировка 151
чрезвычайно малая 146
малая 146
очень малая 146
Материнская смертность 67, 76, 151—153
 дефиниции 151—152
 знаменатели 152—153
 международная отчетность 152
 публикация показателей 152
Материнская смерть 151
 поздняя 151
Медикаменты, отравления 68, 97
“Международная классификация болезней, травм и причин смерти” 165—166
 седьмой пересмотр 167
 восьмой пересмотр 167
 девятый пересмотр 167—169
 десятый пересмотр см. МКБ-10
“Международная классификация костно-мышечных нарушений” (МККМН) 7
“Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности” (МКНСТ и СН) 9—10
“Международная классификация онкологических болезней” (МКБ-О) 6
“Международная классификация причин заболеваний и смерти” 162
“Международная классификация процедур в медицине” 8—9
Международная номенклатура болезней (МНБ) 4, 11—12
“Международный кодовый указатель по дерматологии” 6
Международный перечень болезней 160—161
Международный перечень причин смерти 158—160, 164
 пятый пересмотр 160—161
 шестой пересмотр 165—167
Международный статистический институт 158—160
Менингококкемия 55
Мертворождение 145—151
 определение 145
 регистрация 147
 требование к отчетности 147
 статистическая разработка для международного сравнения 148—150
МКБ-10
 базовая структура и принципы 14—18
 основанные на диагнозе классификации 3, 4—8
 семейство классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем 3—4, 5
 история развития 156—169
 методика использования 19—32
 недиагностические классификации 4, 8—10
 подготовка к 169
 цель и области применения 2—3
 роль ВОЗ 12—13
Младенческая смертность 145—151
 группировка по возрасту 150
Многоплодная беременность 66—67
Множественные состояния 109, 113
Множественные травмы 137—138
Молярная беременность, осложнения 66, 134
Мочеполовые нарушения, после медицинских процедур 66
- Назофарингит, острый 63
Найтингел, Флоренс 162
Нарушения 9
Нарушения обмена веществ 56, 130—131
Нарушения (расстройство) после медицинских процедур 29, 43
 системы кровообращения 63
 органов пищеварения 65
 уша и сосцевидного отростка 58
 эндокринные и обменные 56—57
 глаза и его придатков 58
 мочеполовой системы 66
 кодирование заболеваемости 117—118

- костно-мышечной системы 66
 нервной системы 58
 дыхательные 65
 Нарушения проводимости 61
 Нарушения сердечного ритма 62
 Неврология 7
 Недоношенность 146
 Недостаточность питания, последствия 131
 "Не классифицированный(ая,ое) в других рубриках" (НКД) 27, 30
 Неонатальная смертность 145—151
 дефиниции 145—147
 поздняя 147, 148
 требования к отчетности 147
 статистические разработки для международного сравнения 148—150
 Неонатальной смертности показатель 149
 с учетом массы тела 150
 Неонатальный период 147
 Неопределенные диагнозы или симптомы 108
 Нервной системы болезни 131—133
 воспалительные 78, 131—132
 после медицинских процедур 58
 Несоответствие размеров таза и плода 67
 Несчастные случаи 68, 75
 Неточно обозначенные состояния 46, 48, 153
 Нетрадиционные методы сбора информации 10—11
 Нефритический синдром 44, 66
 НКД [не классифицированный(ая,ое) в других рубриках] 27, 30
 Новообразования
 функционально активные 24
 злокачественные (см. Злокачественные новообразования)
 кодирование заболеваемости 128—129
 морфология 15, 24
 Номенклатурные положения 16
 Обезвоживание (уменьшение объема жидкости) 44, 56
 Общий принцип, причина смерти 38, 39, 40
 Онкология 6
 Описания в виде глоссариев 21
 Организация здравоохранения Лиги Наций 159—160
 Остановка сердца 61
 Острые инфекции верхних дыхательных путей 63
 Острые и хронические состояния 116—117
 Отек легких 65
 Отклонения от нормы, выявленные при исследовании 112—113, 136
 Отклонения от нормы, выявленные при клинических исследованиях 112—113, 136
 Отравление
 двойное кодирование 24
 кодирование заболеваемости 137—138
 кодирование смертности 68, 97
 последствие 138
 Паралитические синдромы 58, 132
 Параплегия 58
 Педиатрия 7
 Первичная медико-санитарная помощь 10—11
 Перекрестные ссылки 30, 31
 Перелом лицевых костей 68
 Перелом черепа 68
 Переносимость 147
 Перечни для статистических разработок данных 4, 15—16
 заболеваемость 16, 142—143
 смертность 15—16, 140—142
 Перинатальная смертность 98—106, 145—151
 свидетельство о 98—99, 100
 кодирование 103
 правила кодирования 103—106
 дефиниции 145—147
 представление данных о причинах 150—151
 требования к отчетности 147
 порядок записи причин смерти 99—102
 статистические разработки для международного сравнения 148—150
 составление статистических таблиц по причинам 102—103
 Перинатальный период 147
 Пиелонефрит 44
 Пневмокониоз 65

- Пневмония 43
- Подозреваемые состояния 112—113
- Показатели перинатальной смертности 149
- с учетом массы тела 149
- Показатель материнской смертности 152, 153
- Показатель материнской смертности от причин, связанных с беременностью 153
- Показатель мертворождаемости 149
- с учетом массы тела 149
- Показатель младенческой смертности 150
- с учетом массы тела 150
- Показатель ранней неонатальной смертности 149
- с учетом массы тела 149
- Пол
- рубрики, предназначенные для одного пола 28
- соответствие между полом пациента и диагнозом 78
- Полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик условные обозначения 24—27
- использование 20—21, 31
- Последовательность, причины смерти 37—38
- Последствия
- рубрики 28
- кодирование заболеваемости 110, 115—116
- кодирование смертности 48, 54, 76—78
- Послеродовой период 134—136
- Потеря слуха 58
- Почечная недостаточность 66
- Правила выбора причины смерти 38—40, 41—46
- Правила для повторного выбора, кодирование заболеваемости 118—125
- Правила модификации причины смерти 46—54
- Представление статистических данных 139—155
- “пустые клетки”/клетки с низкими частотами 155
- мертворождение, перинатальная, неонатальная и младенческая смертность 145—151
- неточно обозначенные причины смерти 153
- международное сравнение 143—144
- уровень детализации причины 139—140
- материнская смертность 151—153
- заболеваемость 153—154
- малые популяции 154—155
- источник данных 139
- подразделы 154
- перечень для статистической разработки данных о заболеваемости 142—143
- перечни для статистической разработки данных о смертности 140—142
- Признаки 136
- Применение Международной классификации болезней в зубо врачебном деле и стоматологии (МКБ-ЗС) 6
- Применение Международной классификации болезней в ревматологии и ортопедии (МКБ-РиО) 7
- Причина(ы) смерти
- допущение наличия промежуточной причины 73
- регистрация (см. Свидетельство о смерти)
- соответствие между полом пациента и диагнозом 78
- определение 33
- значение продолжительности болезни 76
- выражения, указывающие на неопределенность диагноза 97—98
- интерпретация записей 73—97
- история классификации 160—161, 163—165
- модификация 46
- правила модификации 46—54
- исходная предшествовавшая 35, 37—38
- общий принцип 38, 39, 40
- правила выбора 38—40, 41—46
- последовательность 37—38
- представление статистических данных 143—144
- первоначальная 34
- инструктивные указания по кодированию 54—69

- процедура выбора 36—37
 перечень кодов, не используемых для кодирования 72
 Продолжительность болезни, кодирование смертности и 76
 Процедуры в медицине 8—9
 Психические расстройства и расстройства поведения 7—8, 131
 описания в виде глоссариев 21
 смертность, кодирование 57
 органические 24, 57
 Психоактивные вещества, употребление 57
 Пятый и последующие уровни кода 18, 140
- Рак 79, 83
 Ранняя неонатальная смертность 147, 148, 150
 Ранняя/поздняя стадия болезни 47—48, 53
 Расстройства питания 130—131
 Расстройство органов пищеварения после медицинских процедур 65
 Рахит, последствия 78
 Ревматическая болезнь сердца 59, 74, 95
 Ревматическая лихорадка 74, 95
 Ревматология 7
 Роды 67, 134—136
 Рожа 56
 Рубрики, касающиеся только лиц женского пола 28
 Рубрики, относящиеся к болезням лиц только мужского пола 28
 Рубрики со звездочкой (см. также Система кодирования со значками "крестик" и "звездочка") 21—23, 28
 Рэсле, Э. 160
- Сахарный диабет 74, 130—131
 Сбор информации немедицинским персоналом 10
 Свидетельство о смерти 34—36, 139
 в перинатальном периоде 98—99, 100
 Связи (линкаж)
 по кодовому номеру 54—69
 сводная таблица 69—72
 причин смерти 47, 50—52
 Септицемия 56
- Сердечная недостаточность 62
 Симптомы 108, 112—113, 136—137
 Система кодирования со значками "крестик" и "звездочка" 21—23, 25, 168
 кодирование заболеваемости 111, 142—143
 "Систематизированная медицинская номенклатура" (SNOMED) 6
 Ситуации, не связанные с болезнью 112—113
 Сколиоз 65
 Слепота 58, 133
 "См.", ссылки 30, 31
 "См. также", ссылки 30, 31
 Смертность (см. также Причина(ы) смерти)
 основополагающие принципы для удостоверения причины смерти и правила кодирования 33—72
 специальные перечни для статистических разработок 15—16, 140—142
 сокращенные перечни 140
 разработанные на местном уровне 141—142
 дополнительные обозначения, используемые для идентификации 141
 отобранные перечни 141
 Смерть, причины (см. Причины смерти)
 Смерть, связанная с беременностью 152
 "Смешанная комиссия" 160
 Сморщенная почка 66
 Снижение трудоспособности 9
 Соваж (Франсуа Босье де Лакруа) 156
 Совет Международных медицинских научных организаций 11
 Соотношение материнской смертности от прямых акушерских причин и живорождений 153
 Соотношение мертворождений и живорождений 149
 Соотношение умерших в перинатальном периоде и живорожденных 149
 Социальная недостаточность 9—10
 Союз "и" в названии 27
 Специфичность
 причина смерти 47, 52—53

- кодирование заболеваемости 108, 119, 123—124
 Срок беременности 146, 147
 группировка 151
 Старость 46, 48
 Стенокардия 61
 Стоматология 6—7
- Тетраплегия 58
 Токсичные вещества 24
 Точка, тире (—) 27
 Травмы
 двойное кодирование 24
 кодирование заболеваемости 137—138
 кодирование смертности 37, 67—68, 95—97
 последствия 138
 Трахома, последствия 77
 Трехзначные рубрики 3, 5, 15, 16, 17
 Алфавитный указатель 31
 блоки 17
 представление статистических данных 139—140
 Туберкулез 55, 77
- Уменьшение объема жидкости (обезвоживание) 44, 56
 Умственная отсталость 57
 Употребление табака 57
 Условные обозначения 24—27
 Ухо и сосцевидный отросток, болезни 58, 133
- Учреждения здравоохранения, обращение по причинам, не относящимся к заболеваниям 108—109
- Фарр, Уильям 13, 14, 157—158, 161—162
 Фигурная скобка 26
- Хирургические операции (см. также Нарушения после медицинских процедур)
 причина смерти 78
 последствия 43
 Хорея 58
 Хромосомные аномалии 76, 95
- Цереброваскулярная болезнь 62, 75, 134
- Четырехзначные подрубрики 3, 15, 17—18
 представление статистических данных 139—140
 использование 20—21
- “Эмболические нарушения” 43
 Эмфизема 64
 Эндокринные болезни 56, 130—131
- Юбер, Мишель 159
- Ядовитые вещества, отравление 68

Перевод с английского
М.В.Максимовой, А.Ю.Сафроновой, С.Н.Чемакиной

Ответственный за редактирование
В.К.Овчаров

Издательский редактор
С.М.Рачков